

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

N°

237

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 avril 1896, à 1 heure

Par PAUL PÉRATÉ
Né à Paris, le 7 février 1869

TECHNIQUE
DE
L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. { JOFFROY, professeur.
DELBET, BROCA, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1896

237

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 avril 1896, à 1 heure

Par PAUL PÉRATÉ

Né à Paris, le 7 février 1869

TECHNIQUE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. } JOFFROY, professeur.
 } DELBET, BROCA, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBENE
	STRAUS.
Clinique médicale	G. SEE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ACHARD	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ALBARRAN	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
ANDRE	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BAR	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BONNAIRE	HARTMANN	travaux anatomi-	WAETHER
BROCA	HEIM	ques.	WEISS
CHANTEMESSE	LEJARS	RETTERER	WIDAL
CHARRIN	LETULLE	RICARD	WURTZ
CHASSEVANT	MARFAN	ROGER	
DELBET			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556005_0059

TECHNIQUE DE L'HYSTERECTOMIE VAGINALE

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion, pendant notre séjour à l'hôpital Cochin et notre externat de l'année 1894-1895, d'observer, dans le service du Dr Quénu au Pavillon Pasteur, plusieurs hystérectomies vaginales.

Nous avons été frappé des bons résultats obtenus dans de nombreux cas par le procédé de M. Quénu. Aussi nous proposons-nous d'établir rapidement les avantages de l'hystérectomie vaginale dans certains cas de salpingites et de fibromes utérins, de cancers, de métrites et de prolapsus, d'exposer un manuel opératoire, d'énumérer les résultats obtenus dans ces cas et par ce manuel.

Avant tout, nous tenons à rendre hommage à M. le professeur Terrier qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il nous soit aussi permis de rendre hommage ici à notre maître, M. le professeur Hayem, des leçons et de la direction duquel nous avons fructueusement profité pendant un an.

Qu'il nous soit permis de remercier notre maître en chirurgie, M. le Dr Quénu, qui a bien voulu nous inspirer cette thèse et nous mettre en main les documents nécessaires pour en faire une œuvre sérieuse.

Nous remercions aussi vivement de ses leçons et de sa bienveillance notre maître en médecine, M. le Dr Chauffard.

APERÇU HISTORIQUE

L'hystérectomie vaginale, en tant qu'opération précise, est de date récente.

Avant le commencement du siècle, elle fut pratiquée dans des cas de prolapsus utérin.

Depuis lors, jusqu'à ces dernières années, l'ablation par la voie vaginale fut réservée presque exclusivement aux utérus cancéreux.

L'hystérectomie vaginale, pratiquée jusqu'en 1829 sans règles précises, sans hémostase, par quelques chirurgiens, devint, à partir de Récamier préconisant l'hémostase et la ligature des ligaments, une opération précise.

Mais, la mortalité considérable qu'elle entraînait avec elle, vers le milieu du siècle, la fit tomber en défaveur.

Des chirurgiens français et allemands la vantèrent de nouveau il y a quelques années. Elle était alors encore l'opération de choix pour le cancer utérin.

Puis, grâce aux études de Péan, Le Dentu, Richelot, Terrier, Pozzi, elle eut des règles plus précises, permettant de l'appliquer à différents cas gynécologiques.

Il y a quelque cinq ans, les statistiques de l'hystérec-

tomie vaginale n'étaient pas encourageantes. La mortalité s'élevait alors jusqu'à 25 et 37 pour 100.

Depuis lors, grâce aux nouvelles modifications de Péan, Segond, Quénu, Richelot, Doyen, l'hystérectomie vaginale est devenue opération bénigne et salutaire.

Toutefois elle est encore à sa période d'étude et d'expérimentation, et son manuel opératoire se modifie de jour en jour; nous croyons montrer, dans la suite de ce travail, un des derniers et des meilleurs progrès réalisés.

DIVISION DU SUJET

L'hystérectomie vaginale est une opération qui s'applique à plusieurs lésions différentes se rapportant à l'utérus ou à ses annexes.

Dans tous les cas, comme l'indique son nom, on la pratique afin d'enlever l'utérus, mais dans chacun d'eux cette ablation diffère par son importance, sa forme et son intégralité ; aussi doit-on dire qu'il y a une hystérectomie et un manuel opératoire pour chaque cas pathologique particulier.

L'hystérectomie vaginale peut être pratiquée pour un utérus de volume normal, utérus atteint de métrite rebelle et de cancer ou utérus atteint dans ses annexes. Elle peut être appliquée à un utérus volumineux, utérus fibromateux ; enfin elle s'adresse aussi aux prolapsus utérins.

Dans chacun de ces cinq cas, salpingites, cancers, métrites, fibromes, prolapsus, le manuel opératoire diffère.

Nous allons l'exposer en détail dans un premier chapitre pour les salpingites.

Nous rangerons dans leur cadre les métrites et les

cancers utérins, pour lesquels le manuel opératoire est peu différent de celui des salpingites.

Nous exposerons ensuite dans un deuxième chapitre le manuel opératoire des fibromes utérins; enfin dans un troisième chapitre, brièvement, celui que l'on applique aux utérus prolabés.

Pour les salpingites, l'hystérectomie va être « opération préliminaire, préparatoire » facilitant la descente des annexes malades, des ovaires impropres à tout acte physiologique normal, par l'ablation d'un utérus quelquefois sain.

Pour les fibromes, elle sera « opération capitale, essentielle », l'utérus enlevé étant malade et contenant dans son tissu la tumeur qui doit disparaître.

Abordons d'abord l'hystérectomie pour salpingites.

CHAPITRE PREMIER

A. — DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR SALPINGITES.

Exposé de quelques manuels opératoires.

Nous allons analyser rapidement les procédés créés et employés actuellement par quelques chirurgiens, nous réservant de développer amplement la méthode que préconise le Dr Quénu.

La technique de l'hystérectomie vaginale doit être basée sur les dangers à éviter dans l'ablation de l'utérus, tels que blessures de la vessie, du rectum, des uretères, sur la facilité d'extraction de l'utérus, et sur les avantages d'une hémostase parfaite des ligaments larges.

Les opérateurs anciens visaient à rendre accessible le fond de l'utérus afin d'avoir une prise complète sur les ligaments larges.

Martin de Berlin posait, pour enlever l'utérus cancéreux, des ligatures de bas en haut et sectionnait le ligament large à chacune de ces ligatures.

En France, on ouvrait les culs-de-sac antérieur et pos-

térieur du péritoine et l'on passait, par les ouvertures ainsi faites, les branches d'une pince devant saisir les ligaments larges.

La technique changea avec les indications de l'opération.

En 1891, Péan publia un procédé d'hystérectomie appliquée au traitement des suppurations pelviennes.

Il est dit que par ce procédé :

Le col est saisi à l'aide de pinces de Museux, la matrice est abaissée.

Une incision circulaire est faite autour du col, l'utérus est dégagé par refoulement avec le doigt des tissus environnants sur les côtés du col.

On arrive ainsi à la partie interne de la base des ligaments larges. Cette partie est saisie de chaque côté du col par deux pinces appliquées au ras de l'utérus. Une section est faite entre les pinces et le col.

Celui-ci ainsi dégagé est sectionné en deux temps par une incision horizontale qui le divise en deux valves charnues, lesquelles sont supprimées à leur tour par une coupe de ciseau. L'utérus est alors décapité. On le saisit solidement.

Deux pinces sont de nouveau glissées sur les parties latérales de l'utérus au-dessus des premières. On procède alors à un morcellement irrégulier, tandis que l'hémostase est assurée par des pincements successifs dans la hauteur du ligament large de bas en haut.

Segond préconise le procédé Péan.

Toutefois il substitue aux résections transversales successives avec hémostase préventive, l'évidement conoïde

central ou l'hémisection utérine de Doyen avec hémotase consécutive après bascule du fond de l'utérus.

A l'incision circulaire classique il ajoute deux petites incisions parallèles à la base des ligaments larges. Dans les deux premiers temps de l'opération il pratique la résection du col comme Péan, l'évidement ne commence qu'à ce moment.

On dessine en plein tissu de l'utérus un cône utérin dont la base répond à une pince de Museux. Avant de détacher ce cône on s'amarre à la lèvre du cône creux concentrique et on enlève le cône plein. Ainsi en réséquant « cône à cône » pour ainsi dire la face antérieure de l'utérus sur la ligne médiane, on arrive à faire basculer l'organe en avant dans le cul-de-sac antérieur et il entraîne avec lui le bord supérieur des ligaments larges. A ce moment seulement l'opérateur pratique l'hémostase et applique de haut en bas deux pinces languettes par ligament large. L'utérus est donc enlevé, dépourvu de col et de paroi antérieure, si la paroi postérieure est adhérente au cul-de-sac de Douglas, on évide aussi la paroi postérieure.

Doyen applique successivement des pinces sur la tranche de l'utérus sectionné longitudinalement par sa partie antérieure, pour mieux l'abaisser.

Voici d'ailleurs le résumé de son procédé opératoire :

Dans un premier temps on saisit le col latéralement par deux pinces à griffes qui resteront fixes jusqu'à la fin de l'opération.

L'utérus est abaissé, la muqueuse vaginale est incisée au pourtour du col.

Dans un deuxième temps le cul-de-sac péritonéal postérieur est ouvert, la face postérieure de l'utérus est explorée, puis l'isolement de la vessie est pratiqué avec le doigt par la partie antérieure de l'ouverture vaginale.

Au troisième temps, on sectionne par un coup de ciseau la paroi antérieure du col en écartant les pinces à griffe. Le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin est ouvert par ce coup de ciseau. L'ouverture est agrandie. La lèvre antérieure de la séreuse est chargée sur un écarteur.

On continue par le quatrième temps dans lequel l'utérus est saisi sur les lèvres de la section longitudinale par des pinces qui l'attirent en bas.

La section est prolongée et les pinces sont appliquées plus haut au fur et à mesure que la section utérine augmente.

Il se fait un renversement progressif de l'utérus dont on voit le fond à la vulve.

Aucune hémostase n'a été faite jusqu'alors.

Dans un cinquième et dernier temps, les annexes sont attirées aussi bas que possible et des pinces spéciales, à mors élastiques, sont appliquées à la base des ligaments larges de haut en bas presque verticalement.

On tamponne avec une compresse stérilisée en adossant les lambeaux péritonéaux antérieurs et postérieurs.

Richélot varie son mode opératoire selon que l'utérus est adhérent, mobile ou fibromateux. Nous décrirons son procédé par bascule en arrière.

Il saisit le col par sa lèvre antérieure et l'abaisse au

maximum. Incision circulaire dans l'insertion vaginale, les ciseaux approfondissent l'incision en creusant jusqu'au tissu utérin. Ouverture facile des culs-de-sac péritonéaux par les doigts et énucléation de l'utérus qui ne tient bientôt plus que par les ligaments larges.

On le fait basculer en arrière, en introduisant deux doigts dans le cul-de-sac de Douglas jusqu'au fond de l'utérus, tandis que des pincés érignes saisissent la face postérieure et que les deux doigts poussent ce fond de haut en bas.

Le corps utérin sort bientôt et se plie en deux, col et corps dans le vagin.

Le doigt, toujours dans la brèche postérieure, glisse de côté et saisit dans sa concavité le bord supérieur du ligament renversé, on aperçoit l'extrémité du doigt dans le cul-de-sac utéro-vésical. On introduit alors une pince de haut en bas, de la base du ligament à son bord supérieur. On coupe au ras de l'utérus, celui-ci sort en entier et le placement de la deuxième pince est plus facile, la section devant libérer complètement l'utérus est alors faite. On pratique finalement le tamponnement.

Tels sont les procédés employés actuellement par quelques-uns de nos chirurgiens, ils sont basés sur les principes que nous avons énumérés plus haut, ils ne diffèrent que par le détail opératoire.

INDICATIONS DE L'HYSTÉRECTOMIE.

Considérons rapidement les cas où l'hystérectomie vaginale doit être envisagée et employée comme opération de secours, pour ainsi dire ; et faisons un court parallèle entre cette opération et la laparotomie, car il y a des salpingites qui doivent être opérées par la laparotomie, d'autres par la voie vaginale.

Faut-il opérer, comme disent certains chirurgiens, par hystérectomie vaginale, tout ce qui peut être enlevé du ventre par le vagin ? Non, car une laparotomie bien faite offre autant d'avantages qu'une opération faite par la voie vaginale. Il est donc utile, avant d'opérer, de raisonner le mode opératoire.

Tout d'abord, le manque d'aides stylés, le défaut d'instrumentation et surtout les dangers d'infection plaident en faveur de l'hystérectomie vaginale.

En effet, celle-ci est pratiquée facilement avec quelques pinces, une paire de ciseaux et le secours des doigts qui pénètrent seulement à l'entrée du péritoine ; tandis qu'une laparotomie nécessite une installation plus complète, un plus grand nombre d'instruments, un aide, une pénétration profonde et répétée de la main dans le péritoine.

Les avantages, à ce point de vue pratique, sont tout à l'hystérectomie vaginale.

Ces conditions de local, d'instrumentation et d'infections étant laissées de côté, la laparotomie peut, dans plusieurs cas, être mise de pair avec l'hystérectomie.

En effet, en faisant une hystérectomie, le chirurgien opère souvent à l'aveugle, l'ouverture par laquelle il dissèque et pince les organes est étroite et obscure et facilite les mauvaises prises et les blessures des viscères voisins.

L'hystérectomie peut être cause, en outre, de l'ablation d'annexes presque saines et aptes aux actes physiologiques, car l'unilatéralité des lésions est souvent inappréciable dans cette opération, et souvent aussi une douleur bilatérale n'est que l'expression d'une lésion unique.

On a préconisé dans ces cas douteux l'incision du cul-de-sac postérieur, permettant au doigt de toucher la lésion, mais la lésion, quelquefois légère, n'entraîne pas nécessairement une impotence physiologique, et la trompe et l'ovaire doivent être alors conservés.

Par contre, l'hystérectomie est indiquée quand une inflammation péri-utéro-annexielle enclave les organes du petit bassin et que l'utérus n'est plus mobile, indication qui vient non pas tant de ce que les poches annexielles sont difficiles à enlever et contiennent du pus (le plus souvent stérile) que de ce que l'utérus est adhérent.

Une troisième indication bien précise de l'hystérectomie naît de la position des lésions, si celles-ci ont tendance à évoluer vers le vagin, si elles paraissent devoir être facilement atteintes par la voie vaginale, il serait irrationnel de les attaquer par voie abdominale.

Par contre, on se voit parfois dans l'impossibilité d'at-

teindre les annexes par le vagin lorsqu'elles se développent vers l'abdomen, auquel cas on ne doit pas les laisser en place, après ablation de l'utérus, dans l'espérance qu'elles s'atrophieront : il est utile de pratiquer la laparotomie.

Ainsi l'hystérectomie est franchement indiquée dans les cas :

1° D'insuffisance de moyens adjuvants, pourrions-nous dire, et de chance d'infection;

2° D'immobilité de l'utérus;

3° D'atteinte facile des annexes par le vagin, et nous pouvons ajouter un quatrième cas d'indication lorsque la largeur et le degré d'extensibilité du conduit vulvo-vaginal sont forts.

MANUEL OPÉRATOIRE DE L'HYSTÉRECTOMIE POUR SALPINGITES.

Soins préliminaires. — La malade entre à l'hôpital huit jours avant l'opération. Pendant ces huit jours elle est soumise au repos, aux bains généraux, aux injections vaginales sublimées répétées chaque jour : grâce à ces soins préliminaires généraux et locaux elle offre un terrain moins apte à l'infection sous tous les rapports.

Deux jours avant l'opération la malade est mise au régime lacté, un purgatif est prescrit.

La veille de l'opération : lavement glyceriné l'après-midi, le soir lavement boriqué. Ainsi le rectum, proche

du champ opératoire, et qu'il est quelquefois utile de toucher au cours de l'opération, subit une asepsie aussi complète que possible, mais qu'il est difficile de rendre parfaite.

La veille de l'opération encore, le champ opératoire (vulve, périnée, pubis), est rasé et savonné, les injections sont répétées et un pansement occlusif aseptique est appliqué au devant de la vulve.

Avant l'opération, la malade est de nouveau savonnée et aseptisée et munie d'un pansement provisoire qui permettra son transfert de la salle de chloroformisation à celle d'opération.

La paroi abdominale est toujours préparée en vue d'une intervention possible par laparotomie.

Les jambes sont garnies d'un pansement ouaté.

La vessie est sondée.

On procède alors à l'anesthésie.

Anesthésie. — Celle-ci doit être faite à fond; en effet, l'opération étant relativement courte, l'absorption du chloroforme sera faible, quelle qu'en soit la quantité donnée, d'autre part les tiraillements sur l'utérus et les ligaments larges, que nécessite l'hystérectomie, provoquent des réflexes non seulement gênants pour l'opérateur, mais encore pouvant modifier désavantageusement la respiration de la patiente.

La malade endormie est portée dans la salle d'opération.

Position de l'opérée. — Elle est mise dans la position

de la taille sur une table haute horizontale, deux aides fléchissent les cuisses sur le bassin très fortement et font saillir le périnée qui est amené au-delà du bord de la table d'opération. Il est avantageux de ne pas employer les moyens mécaniques pour soutenir les membres inférieurs, le chirurgien a, en effet, besoin d'une grande souplesse du périnée de la malade dont la position doit et peut être variée.

En outre, les mouvements réflexes fréquents dans cette opération sont amortis grâce à l'attention des aides.

Asepsie du champ opératoire. — Des compresses humides stérilisées recouvrent les alentours du champ opératoire, cuisse, ventre et pubis, périnée et anus, ces deux derniers sont séparés du champ opératoire au moyen d'une compresse soutenue comme un rideau par trois pinces de Kocher ; l'une d'elles est appliquée à la fourchette; les deux autres sur chacune des fesses.

Les aides. — Nous avons vu quel était le rôle des aides debout soutenant le membre inférieur ; un des aides peut, en même temps qu'il fléchit une cuisse, tenir la valve supérieure qui relèvera la paroi antérieure du vagin, ou saisir quelques pinces ; l'autre aide peut appuyer sur le fond de l'utérus.

Le troisième aide assis près du chirurgien tient la valve inférieure, fait les lavages antiseptiques, saisit, écarte et tire les pinces quand il faut.

Le chirurgien. — Assis, ayant le champ opératoire

au niveau des yeux, a, à main droite, les instruments et les tampons qui lui sont utiles.

Outillage. — Nous croyons inutile d'insister sur l'énumération des instruments à employer.

Ce sont les instruments classiques, pinces languettes à mors de tous genres, ciseaux, écarteurs, etc. S'il y a quelqu'instrument à employer de préférence, nous le désignerons au cours de l'exposé du manuel opératoire.

OPÉRATION.

Ainsi outillé, voici comment le chirurgien procède à l'opération en quatre temps :

Tout d'abord la cavité vaginale est lavée avec soin, comme elle le sera d'ailleurs à plusieurs reprises au cours de l'opération au moyen d'un laveur de Potain ; puis, la cavité utérine peut être à son tour, pour plus de précautions, curettée, lavée ou aseptisée par une solution de chlorure de zinc au dixième ; alors seulement dans un premier temps :

Premier temps. — Le col est saisi latéralement par deux pinces, il est attiré en bas. On commence ensuite l'incision vaginale de préférence par le cul-de-sac antérieur.

Si l'on veut faire une exploration, on incise le cul-de-sac postérieur le premier ; néanmoins, s'il existe une fistule, s'il a été incisé précédemment pour une explora-

tion ou pour l'évacuation d'une collection, il est utile de commencer par le cul-de-sac antérieur, car alors l'orientation et la dissection seraient difficiles dans le cul-de-sac postérieur, on risquerait de léser l'intestin ou le rectum.

Donc l'incision est faite le long du col avec le bistouri.

Deuxième temps. — Dans un deuxième temps, le bistouri est mis de côté et au moyen des pinces et des ciseaux courbes, on commence la dissection de la vessie, temps des plus importants de l'opération, le doigt est largement utilisé dans ce deuxième temps pour l'exploration et la dissection, en outre, une sonde introduite dans la vessie permet d'en bien délimiter la paroi et l'on évite facilement, grâce à ce subterfuge, de la blesser.

Par cette dissection lente et précise sur la face médiane et antérieure du col, on arrive jusqu'au cul-de-sac ou jusqu'au niveau du cul-de-sac péritonéal.

Si le cul-de-sac se présente, on l'ouvre, sinon on ne s'en préoccupe pas, on l'ouvrira plus tard.

Une valve tenue par un des aides debout, est appliquée pour écarter et protéger la paroi postérieure de la vessie ainsi disséquée, cette valve est tenue doucement et avec souplesse pour ne point froisser les organes et pour se plier aux mouvements que le chirurgien lui imprimera; elle est appliquée obliquement pour relever le vagin, montrer et dégager la face antérieure de l'utérus.

Ce pendant l'énucléation de la face antérieure de l'utérus est continuée, l'index repousse de chaque côté le tissu cellulaire qu'il déchire doucement en même temps qu'il continue à dégager et à écarter la vessie et surtout les

uretères. Cette libération latérale doit être faite largement : plus largement elle sera faite, moins les uretères auront chance d'être touchés. Les complications vésico-uretérales sont chose facile à éviter dans l'hystérectomie vaginale : les nombreuses observations que nous publions à la fin de ce travail sont là pour l'attester.

La face antérieure de l'utérus est bientôt complètement libre, et le troisième temps de l'opération, qui consiste en l'abaissement de l'utérus, commence.

Troisième temps. — L'abaissement de l'utérus peut être effectué de plusieurs façons, comme nous l'avons vu dans l'exposé des manuels opératoires. L'utérus peut être saisi par le col et être abaissé par morcellement et sectionnement au fur et à mesure que ses attaches, c'est-à-dire le ligament large, sont sectionnées aussi.

Ce procédé de morcellement a un grand inconvénient, il nécessite l'application de pinces à demeure très nombreuses et fort embarrassantes ; en outre, par ce procédé, les annexes, dont l'ablation doit être le but final de l'opération, ne descendent pas avec l'utérus ; elles doivent être attirées dans un deuxième temps pour ainsi dire de l'opération et leur descente est gênée par les pinces hémostatiques qui empêchent toute traction efficace sur elles.

L'utérus peut encore être attiré en bas par un renversement en arrière : s'il est adhérent, si les annexes sont adhérentes, on voit quelles difficultés on éprouvera à faire passer cet utérus peu mobile par la plaie du cul-

de-sac postérieur. En outre, l'application des pinces sur le ligament large sera pénible.

Les difficultés d'abaissement sont les mêmes si l'on accroche le fond de l'utérus au moyen d'un rétracteur introduit par l'un des culs-de-sac et destiné à l'attirer en bas.

L'hémisection médiane, dans laquelle la paroi antérieure de l'utérus est sectionnée, offre de grands avantages.

L'utérus, par ce procédé, s'épanouit et évolue autour d'un axe postérieur. Néanmoins sa descente est limitée et la paroi postérieure non sectionnée devient bientôt une entrave à l'abaissement des annexes et au placement des pinces sur le ligament.

Müller, préoccupé par l'hémorrhagie utérine dans l'ablation des utérus cancéreux, pour faciliter le placement des pinces, songea à faire la section médiane, longitudinale et complète.

Le Dr Quénu, n'ayant pas connaissance du procédé Müller, fit, en 1892, la section médiane après avoir expérimenté pour la descente de l'utérus, l'abaissement des annexes et la forcipressure des ligaments, les procédés que nous venons de passer en revue.

Par cette section médiane, il amenait l'utérus le plus vite possible et le plus commodément au dehors. Il employait en somme cette méthode dans un autre dessein que Müller, d'une façon différente et à un autre temps de l'opération.

M. Quénu fut frappé des avantages qu'offre ce procédé sur toute autre méthode.

Il constata que l'utérus peut ainsi être abaissé le plus facilement du monde.

En effet, nous avons vu qu'aucune pince hémostatique n'a été utilisée depuis le début de l'opération, le champ opératoire est donc libre, l'utérus, les ligaments vont évoluer sans difficulté dans le conduit vulvo-vaginal.

En outre, chacune des moitiés de l'utérus formera une masse petite, mobile, facile à manier et à attirer. Les annexes auront un passage libre. En un mot, le fait saute aux yeux, la place pour évoluer étant la même, le champ opératoire n'ayant pas varié, le chirurgien opérera sur des organes deux fois plus petits et plus souples. La difficulté sera donc deux fois moindre.

Voici comment se fait ce troisième temps de l'opération.

On a dans les deux temps précédents ouvert les culs-de-sac et dégagé l'utérus, deux pinces longues seulement sont appliquées de part et d'autre du col utérin, ces deux pinces destinées à rester à leur place dans tout le cours de l'opération peuvent être désignées chacune par une épingle de nourrice qui permettra de les reconnaître. On les saisit, on abaisse l'utérus par un mouvement de traction modérée, au moyen des ciseaux on incise longitudinalement le col, puis l'on continue l'incision par petits coups répétés dans la paroi utérine, antérieure et postérieure, la descente utérine s'opère en même temps que se fait la section.

En effet, on applique sur chaque tranche de l'utérus ainsi ouvert deux pinces longues qui serviront à la traction, une troisième est destinée à saisir la tranche de la

section nouvellement faite au-dessus des deux autres. Il y a là comme « une grimpette » des pinces les unes au-dessus des autres. Cette application alternative des pinces est d'autant plus facile que chaque moitié d'utérus s'écarte progressivement de sa congénère et s'enroule en volute autour de son ligament large comme centre.

La tranche utérine se présente sous un angle de plus en plus ouvert.

L'utérus est bientôt complètement abaissé en même temps que complètement fendu sur la ligne médiane, chacune des pinces du col ayant son moignon utérin.

Aucune hémostase n'a été faite pendant ce troisième temps. La section médiane saigne peu ou pas, la traction sur le tissu utérin suffit pour arrêter le sang, néanmoins on peut au besoin appliquer une ou deux pinces de Museux.

Après l'abaissement utérin vient l'abaissement des annexes.

Les annexes sortent facilement grâce à la section médiane quand elles sont peu adhérentes, si elles sont enflammées ou adhérentes, on détruit facilement avec le doigt leurs entraves et on les attire tout aussi facilement après un léger travail.

En somme, chaque moitié d'utérus munie de son pédicule annexiel est facilement attirée en bas, en un mot l'ablation des annexes est amorcée, le chirurgien a devant lui en effet une voie opératoire large et sans obstacle, et les cordons qui relient l'ovaire et la trompe utérine à chaque angle utérin correspondant.

Alors commence le quatrième temps de l'opération.

Quatrième temps. — Les deux segments utérins munis chacun de leur pédicule annexiel constituent un solide point d'appui pour agir sur les annexes dont l'ablation doit toujours être le but de l'opérateur.

Chaque moitié d'utérus est attirée au dehors et appliquée contre la fesse qui lui correspond, le ligament large se déroule à sa suite, on voit apparaître l'ovaire, le pavillon de la trompe, tandis que l'index droit les libère en contournant, tirant, déchirant ce qui cède et que la main gauche abaisse la valve utérine. Si l'on écarte l'une de l'autre les deux moitiés de l'utérus on voit profondément entre elles l'antré du petit bassin dans lequel vient faire parfois hernie une portion d'intestin, d'épiploon que l'on résèque ou que l'on refoule au moyen d'un tampon monté.

S'il existe des poches purulentes ou kystiques le long du ligament, elles sont préalablement ponctionnées avec un trocart à hydrocèle.

Lorsque tout est dehors, on procède à l'hémostase. Celle-ci est faite de haut en bas, du bord annexiel vers le bord inférieur; en effet, le ligament large se présente par son sommet puisque, nous l'avons vu, le segment utérin est appliqué contre la fesse qui lui correspond et que le ligament se déroule à la suite du segment utérin; cette prise de haut en bas et l'extériorisation commode des annexes facilite de beaucoup la forcipressure de tout l'étagé supérieur du ligament, forcipressure qui est négligée dans l'application de bas en haut des pinces, elle tend en outre à empêcher les pinces ainsi appliquées de remonter, elle maintient le moignon du ligament assez bas, elle fait subir au pédicule une torsion de 180° provoquée

par la chute naturelle des pinces, elle permet enfin d'éviter que l'extrémité du mors des pinces, se plaçant dans une fausse position, comprime et lèse quelque viscère voisin, rectum, intestin, vessie; cette extrémité reste toujours en effet dans le vagin, en dehors du péritoine.

La compression du ligament ne doit pas être faite seulement au moyen d'une pince doublée d'une seconde de sûreté. Malgré cette pince de sûreté, en effet, on peut voir naître des hémorrhagies.

On doit procéder à cette compression par étage au moyen d'au moins deux ou mieux de trois pinces.

Un premier clamp droit ne prend que la partie supérieure du ligament large, section est faite au-dessous de lui, un deuxième est placé parallèlement au premier et prend une certaine hauteur du ligament, section est faite au niveau de cette prise, enfin, un troisième clamp, de préférence courbe, pour en faciliter l'application, saisit le tiers inférieur restant, c'est-à-dire la base du ligament large qui est alors sectionnée.

Cette hémostase faite en dernier lieu n'amène aucune gêne à l'extirpation de l'utérus et des annexes, libres ainsi de toute pince gênante.

Les pinces mises premières en effet comme dans le procédé Péan-Segond encombrant le champ opératoire, rendent difficile le placement des pinces à abaissement, s'opposent à la descente de l'utérus et surtout des annexes.

Ainsi les deux segments utérins munis de leurs annexes sont tour à tour enlevés.

Reste le pansement. Celui-ci doit être pratiqué avec

méthode, il doit éviter l'infection, les sphacèles dûs à la compression, la gêne et la douleur.

Avant l'application du pansement, les surfaces sectionnées seront asséchées aseptiquement et avec soin, les hémorragies capillaires devront être arrêtées.

On ne fera pas de lavage antiseptique qui pourrait porter au loin dans le péritoine ouvert des germes qui resteraient inoffensifs dans la cavité vaginale.

Le pansement se composera de quatre tampons. L'un, simplement aseptique, sera placé au niveau de l'ouverture péritonéale, entre les deux moignons pédiculaires, il empêchera le prolapsus des viscères par cette ouverture. Les deux autres, légèrement iodoformés ceux-là, seront placés entre chacun des pédicules et la paroi vaginale correspondant, ils empêcheront le contact des pinces avec cette paroi vaginale.

Le dernier tampon recouvrira les précédents et fermera l'entrée du vagin.

Une sonde du D^r de Pezzer sera introduite dans la vessie. Du coton hydrophile couvrira la vulve et empêchera le contact des pinces et des muqueuses facilement érodées par elles.

La malade sera alors portée avec précaution dans le lit. Le siège sera élevé, les jambes demi-fléchies soutenues par un coussin, un cerceau écartera les draps, afin d'éloigner du champ opératoire et du faisceau des pinces toute cause de dérangement.

La malade sera réchauffée et recevra une injection hypodermique de sérum artificiel.

On veillera avec soin la patiente, lui évitant, le plus

possible, les mouvements jusqu'au jour où les pinces seront enlevées.

L'alimentation se composera dans les premières heures et les premiers jours suivant l'opération, exclusivement de boissons glacées : champagne, lait coupé d'eau de Vichy.

Au bout de quelques jours seulement, on donnera progressivement des aliments solides.

Les gardes-robes seront facilitées par des lavements horiqués.

L'ablation des pinces est faite 48 heures après l'opération.

On ne procède à aucun lavage, on prévoit les tendances aux hémorrhagies afin de les éviter. On tamponne avec soin le vagin.

La malade garde toujours le repos absolu, trois jours après l'ablation des pinces, on procède à un nouveau pansement et à un lavage de la plaie vaginale.

Ces pansements et ces lavages sont renouvelés pendant trois semaines.

La malade, toujours surveillée, peut alors se lever et quitter le service après un mois de séjour à l'hôpital, s'il n'y a pas eu de complications.

Nous exposerons plus loin sous la rubrique « observations » les résultats obtenus par ces soins et ce mode opératoire.

B. — DEL'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR LES MÉTRITES HÉMOR-
RHAGIQUES ET LES CANCERS UTÉRINS.

Nous avons exposé dans les pages précédentes le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale tel qu'il est mis en œuvre par M. Quénu à l'égard des salpingites.

La section médiane en est l'essence, c'est vers elle que doivent évoluer, pour elle que doivent se modifier les autres temps opératoires, et c'est cette section qu'ils doivent faciliter puisqu'elle-même facilite l'ablation de l'utérus.

Nous devons dire un mot de l'adaptation de ce procédé aux autres cas pathologiques qui nécessitent l'hystérectomie vaginale, c'est-à-dire les métrorrhagies rebelles et les cancers utérins, et rapprocher du chapitre de la technique opératoire des salpingites celui du manuel opératoire des métrites et des cancers.

a. — *Hystérectomie vaginale pour les métrorrhagies rebelles.*

M. Quénu a communiqué un mémoire à la société de chirurgie sur un cas d'angiome muqueux de l'utérus pour lequel il pratiqua une résection de la muqueuse utérine et une hystérectomie partielle.

Les métrorrhagies rebelles en général peuvent être

considérées comme dues à ces angiomes de l'utérus. Nous pouvons ranger parmi elles les métrorrhagies qui font le sujet de deux de nos observations qu'on lira plus loin.

L'hystérectomie est donc indiquée dans cette catégorie de lésions utérines où les altérations vasculaires contribuent à rendre graves et longues les hémorrhagies.

Elle est le remède final pour ces métrorrhagies qui ont résisté aux moyens conservateurs, au brossage intra-utérin, à la chimi-caustie, à l'électricité et au curettage.

Le procédé opératoire est exactement le même que celui des salpingites.

La section médiane rend l'extirpation utérine rapide, le muscle saigne peu par suite des tractions, s'il saigne il suffit de quelques pinces appliquées sur sa surface pour tarir l'hémorrhagie. L'extériorisation de la totalité des annexes n'est utile que si celles-ci sont lésées, et, en conséquence, la difficulté de l'opération est amoindrie.

*b. — Hystérectomie vaginale pour épithéliomes
de l'utérus.*

Nous avons vu dans l'aperçu historique que l'hystérectomie avait été pratiquée pour la première fois sur un utérus cancéreux, qu'elle fut l'opération de choix pour les utérus, qu'elle l'est encore, il est donc inutile d'en discuter l'opportunité et les indications, elle est « la seule planche de salut » pour une malade dont l'utérus est encore incomplètement envahi par le mal et n'a pas contracté d'adhérences voisines fatales.

La section médiane est encore là le mode opératoire indiqué.

Il n'y a qu'une variante dans l'application des pinces.

L'opération peut être précédée d'un curettage fait quelques jours auparavant.

Ce curettage a l'avantage de préciser l'état de l'utérus et de bien montrer s'il y a véritablement lieu d'intervenir. En outre, au cas où l'opération doit être effectuée, il raffermi le muscle utérin, détruit les bourgeons charnus, évite ainsi les fausses prises sur eux au cours de l'opération et favorise l'efficacité des tractions.

La section médiane ne provoque pas de pertes sanguines dont il faille tenir compte, les tractions exercées sur l'utérus sont suffisantes pour produire l'hémostase que l'on peut compléter par l'application de quelques pinces.

Les pinces hémostatiques doivent être placées loin et non pas « au ras » de l'utérus. La troisième pince en particulier doit être appliquée loin du col. On tient compte dans cette application bien entendu de la proximité de l'uretère qu'il est d'ailleurs facile d'éviter.

La section médiane aide à cette manœuvre opératoire, puisqu'elle permet, comme nous l'avons vu pour les salpingites, de découvrir facilement les annexes et une grande partie des ligaments larges. Elle est donc encore le procédé de choix et nous verrons dans la suite de nos observations les bons résultats obtenus grâce à elle.

CHAPITRE II

DE L'HYSTÉRECTOMIE POUR FIBROMES UTÉRINS.

Passons rapidement en revue les procédés d'hystérectomie vaginale pour utérus fibromateux employés par les auteurs dont nous avons parcouru la technique opératoire à l'égard des utérus atteints de lésions annexielles.

Exposé de quelques manuels opératoires.

Les premiers temps de cette technique vont être les mêmes que ceux de l'opération précédemment décrite, ils n'en différeront que par les détails. C'est ainsi que Péan, Segond, Richelot, emploieront le morcellement et Doyen l'hémisection.

Péan le premier précisa un manuel opératoire.

Il fait placer la malade dans le décubitus latéral gauche, saisit solidement le col, incise circulairement la muqueuse vaginale, libère le col, met à nu une portion

du ligament large qu'il pince au ras de l'utérus et sectionne ensuite au même endroit.

Chaque lèvre du col est saisie, le segment libéré est divisé en deux valves par une incision bilatérale, puis chaque valve est réséquée.

On recommence alors la même étape : libération des faces antérieure et postérieure utérines, pincement préventif et section des ligaments larges au niveau des pincements, division et résection de ces deux valves.

Par ces étapes successives on arrive au niveau des tumeurs fibreuses que l'on attaque alors, soit par énucléation, soit par morcellement du centre à la périphérie au moyen de ciseaux, on fait ainsi un évidement conoïde.

On ouvre tôt ou tard les culs-de-sacs péritonéaux, on aperçoit le fond de l'utérus après ablation successive des fragments, l'hémostase du restant des ligaments est pratiquée et le fond du muscle excisé. Les pinces sont réunies en faisceau comme pour la salpingite.

Second emploi le procédé de Péan.

Richelot pratique aussi le morcellement.

Il attire doucement le col utérin, fait une incision circulaire, décolle la paroi vaginale, dédouble la base des ligaments larges et pince préventivement les deux utérines.

Il s'agit alors d'aller jusqu'aux loges qui contiennent les fibromes en ouvrant largement le col par discision latérale et en abattant les fragments de tissu utérin qui font obstacle. Chemin faisant les tumeurs de petit volume sont énucléées, fragmentées ou arrachées.

On dégrossit ainsi progressivement la masse utérine, on attire les parois musculaires par des pinces à traction, et l'on attaque la tumeur principale que l'on creuse peu à peu, fragmente et détruit. L'utérus est alors transformé en une poche flasque et vide qui s'énuclée d'elle-même à travers la plaie vaginale, les annexes sont négligées ou réséquées suivant qu'elles s'extériorisent ou non.

Doyen saisit latéralement le col par deux pinces à griffes qui y demeurent fixées jusqu'à la fin de l'opération, incision circulaire aux ciseaux autour du col, isolement des faces de l'utérus avec le doigt, puis section de bas en haut de la paroi antérieure du col, ouverture des culs-de-sac péritonéaux, l'hémisection est prolongée jusqu'au fond de l'utérus par application et traction successives des pinces. Si l'utérus n'est pas trop gros son renversement se fait ainsi sans difficultés, s'il s'agit d'un utérus énorme à fibromes multiples le procédé ne diffère pas dans ses grandes lignes ; en effet, l'utérus étant abaissé et les culs-de-sac péritonéaux étant largement ouverts, le col, tenu latéralement par ses deux pinces, est incisé en long sur sa face antérieure et saisi plus haut sur les lèvres de la section avec deux nouvelles pinces.

On peut alors, soit enlever de chaque côté de la section longitudinale des fragments de tissu aussi gros que possible, soit ce qui est plus rapide, faire une double incision longitudinale en V de la face antérieure de l'utérus en ménageant les parties latérales de l'organe. Le V de la paroi utérine antérieure est réséqué sous forme de fragments losangiques et cunéiformes, le volume de l'utérus est ainsi réduit sans effort, l'utérus descend et l'hé-

mostasé des ligaments se fait comme pour les salpingites.

Indications opératoires.

Considérons rapidement les cas où les fibromes doivent être opérés radicalement. Ces cas ne sont point faciles à fixer ; le chirurgien doit, en effet, tenir compte dans sa détermination de nombreux facteurs, âge de la malade, régression de la ménopause, dangers opératoires, etc.

Toutefois l'intervention opératoire est bien déterminée dans plusieurs cas : c'est ainsi que l'on n'hésitera pas à opérer un fibrome occasionnant des douleurs intolérables, épuisantes et privant pour ainsi dire la malade de la vie de relation, de même n'hésitera-t-on pas à opérer la femme atteinte d'une tumeur qui provoquera des hémorragies graves par leur quantité ou par leur fréquence. On supprimera aussi radicalement un fibrome qui troublera les fonctions organiques par sa compression sur le rectum, la vessie, le rein, les vaisseaux du bassin et retentira sur le cœur. Enfin on opérera aussi celui qui par une évolution rapide que les moyens médicaux ne peuvent arrêter fera prévoir des troubles graves pour l'avenir.

Par contre l'opération ne semble indiquée pour aucun chirurgien sur un utérus fibromateux de petites dimensions, n'occasionnant aucun des symptômes aucun des

accidents précités, chez une femme proche de la ménopause.

Ainsi l'indication opératoire, la contre-indication sont bien fixées.

Mais, dans d'autres cas, les chirurgiens mettent en balance la bénignité du fibrome, la lenteur de son évolution, les bénéfices qu'il retire de la ménopause et la gravité de son traitement pour se résoudre à ne point opérer.

Examinons chacun de ces facteurs.

Il est admis que les fibromes sont bénins, chacun le reconnaît, il est admis aussi qu'ils peuvent quelquefois se transformer en tumeur maligne en sarcomes, les cas n'en sont pas rares, en conséquence on ne doit arguer qu'en partie de la bénignité d'un fibrome pour ne point l'opérer.

La ménopause n'est pas encore un argument sans réplique contre l'intervention opératoire.

Il est vrai que les fibromes ont tendance à s'atrophier avec son apparition. On a fait une loi de cette influence réciproque, mais les exemples sont nombreux où la loi ne s'est pas vérifiée.

La lenteur de l'évolution des fibromes plaide en faveur de la non-intervention pour certains chirurgiens. M. Quénu pense qu'il faut se méfier de ces tumeurs qui évoluent sourdement, mais qui évoluent, l'évolution pour lui commande l'intervention, car le fibrome jusqu'alors inoffensif menace un jour subitement les uretères, les reins, les vaisseaux, et détermine parfois de l'urémie, des phlébites, des embolies, des infections graves.

Enfin doit-on tenir compte de la gravité de l'intervention opératoire ? Pas ou presque pas en l'état actuel de la technique opératoire. Nous pensons le démontrer par l'exposé d'un nouveau manuel opératoire et des résultats obtenus par lui. M. Quénu formule ainsi son opinion à ce point de vue. « L'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des myomes utérins, lorsqu'ils sont bien justiciables de la voie vaginale, est une opération dont la gravité peut et doit devenir presque nulle, sur des malades dont l'âge et l'état général n'inspirent aucune inquiétude. »

Cette affirmation sur la bénignité du pronostic ne s'applique qu'aux fibromes extirpables par la voie vaginale, pour les gros fibromes que l'on enlève par la voie abdominale au contraire le pronostic est d'autant plus grave que ces tumeurs déterminent des complications fâcheuses et délabrent l'organisme par infection, hémorrhagie, compression, douleur, et que la technique de l'hystérectomie abdominale est encore à perfectionner.

Ce fait plaide encore en faveur de l'intervention hâtive dans les fibromes alors que la tumeur n'a point cachectisé le sujet qui en est atteint et qu'elle est encore opérable pour ainsi dire d'une façon bénigne.

Toutefois le gros fibrome peut encore être opéré par voie vaginale.

Autrefois on réservait à l'hystérectomie vaginale les tumeurs ne dépassant pas le volume du poing, actuellement on enlève couramment par le vagin des tumeurs remontant jusqu'à l'ombilic et du volume d'une tête d'adulte. La voie vaginale doit être de beaucoup celle que l'on doit préférer, et elle est à employer dans tous les

cas où la tumeur par sa hauteur, par sa largeur, peut bénéficier de la voie vaginale.

Ainsi faut-il tenir compte non seulement de la hauteur d'un fibrome mais encore de sa largeur, car quoique dépassant l'ombilic il pourra être extrait par le vagin si sa largeur est faible ; au contraire, s'il est de petite hauteur et de forte largeur ne pourra-t-il pas bénéficier de la voie vaginale quoiqu'il ait semblé au premier abord devoir en tirer partie.

Il faudra tenir compte encore pour le mode opératoire de la consistance de la tumeur qui peut être d'une dureté ligneuse incompressible, qui peut être calcifiée, et, de ce fait, difficilement extirpable par le vagin, tandis que d'autres fibromes, au contraire, sont mous, kystiques et facilement réductibles.

On doit aussi tenir compte, avant l'intervention, de la mobilité, de l'enclavement, de la pédiculisation ou non de la tumeur, toutes choses qui plaident ou non en faveur de l'ablation vaginale ou abdominale.

Enfin il faut tenir un grand compte de l'extensibilité du conduit vulvo-vaginal.

L'hystérectomie vaginale est, en effet, quelquefois impraticable chez les vierges ou certaines nullipares par inextensibilité du vagin.

Chez les femmes âgées, les mêmes difficultés peuvent aussi se présenter, car les tissus pelviens et périnéaux ont perdu toute souplesse.

Ainsi, en tenant compte de tous ces faits on peut déterminer un mode opératoire.

Nous allons exposer le mode opératoire par la voie vaginale.

Manuel opératoire.

Avant-propos. — Les fibromes varient la plupart du temps par leur forme, leur volume, leur position, leur consistance, il semble donc que la façon de les opérer doive se modifier avec chacun de ces états. Il est vrai qu'elle se modifie ainsi mais on peut exposer une technique opératoire dont les grandes lignes sont communes pour les tumeurs fibreuses en général, et qui n'est modifiée que par ses détails pour s'adapter aux circonstances d'ordre secondaire.

Nous avons dit que l'hystérectomie dans le traitement des salpingites était une opération préliminaire, nous avons fait ressortir que pour les fibromes elle devenait l'opération principale, celle sur laquelle vont tendre tous les efforts, et en effet autant la descente à travers la filière vulvo-vaginale d'un utérus atteint dans ses annexes sera facile autant celle d'une masse utérine fibromateuse présentera des difficultés ; dans un cas le temps délicat de l'opération sera l'extériorisation complète des annexes dans l'autre, ce sera celle de l'utérus lui-même.

L'utérus fibromateux ne peut pas franchir en un seul bloc la filière du bassin, il va donc falloir le réduire.

Nous avons vu que les chirurgiens opéraient cette réduction par morcellement. M. Quénu l'opère par des

myomectomies successives, après avoir ouvert l'utérus sur la ligne médiane il en extrait le contenu fibromateux en conservant la charpente utérine jusqu'à la fin de l'opération, moment où il pratique l'hémostase dernière et définitive.

Soins préliminaires.— Il est inutile d'insister de nouveau sur le détail des soins préliminaires, de l'anesthésie, de la position de l'opérée, du chirurgien et des aides, de l'asepsie du champ opératoire, de l'outillage. Ils ne diffèrent pas de ceux que nous avons donnés pour l'hystérectomie dans les salpingites.

Nous les décrirons, s'il y a lieu, au cours de notre exposé.

Premier temps. — Incision vaginale. — On applique sur le col comme pour les salpingites deux pinces à traction, l'une à droite, l'autre à gauche, toutefois comme ces pinces sont destinées à produire des tractions et des effets plus intenses que précédemment, on saisit avec chacune d'elles les deux lèvres du col. On les désigne encore au moyen de deux épingles anglaises afin de les reconnaître au cours de l'opération et surtout à la fin où elles serviront au moment de l'hémostase.

Le col utérin est alors attiré près de la vulve et l'incision circulaire au bistouri est faite. La tranche vaginale peut donner un peu de sang sous forme de suintement négligeable.

Deuxième temps. — Libération de l'utérus. — On la fait sans difficulté en arrière car le doigt pénètre facile-

ment jusqu'à la cavité de Douglas en disséquant les tissus. En avant elle offre plus de délicatesse non-seulement parce qu'on s'adresse à des organes tels que la vessie et les uretères, mais encore parce que ces organes sont déviés. Le bas-fond vésical souvent n'occupe plus son siège normal, la vessie est modifiée dans ses rapports, car tout fibrome, quel que soit son point de départ et son développement, est capable d'élever ou d'abaisser la vessie, de la porter à droite ou à gauche, de la déplisser sur l'utérus et de lui donner avec le muscle un contact anormal et imprévu; donc, là encore plus que pour les salpingites il faut libérer avec soin, lentement et largement, en se rendant compte des tissus que l'on coupe, en s'orientant au moyen du doigt et avec le procédé de la sonde vésicale que nous avons déjà cité.

Le tissu utérin devra être rasé de près par le doigt et la dénudation latérale devra être effectuée largement. On ne s'occupera pas plus ici que précédemment de l'ouverture des culs-de-sacs péritonéaux.

Alors commencera le troisième temps.

Troisième temps. — Abaissement de la masse et réduction des parties. — Ils se font par le secours de la section médiane. Celle-ci diffère de la section totale employée pour les salpingites. Dans le cas présent, la section totale ne doit avoir lieu que pour le col, il y a avantage à ne pas la prolonger plus loin, l'échancrure du col facilite en effet les manœuvres ultérieures, mais la section complète de l'utérus faciliterait moins bien l'extirpation que l'hémisection médiane telle que l'exécute

Doyen et que la préconise, comme nous allons le voir, M. Quénu. La section médiane totale pratiquée pour les annexites, en facilite beaucoup, comme nous l'avons dit, l'extraction et l'ablation. Chaque moitié utérine, en effet, s'extériorise plus facilement, chaque moitié utérine, indépendante de sa congénère, peut être facilement examinée, excisée, pincée au point le plus favorable.

Pour les fibromes le but est tout différent, il réside dans la seule extirpation utérine ; or, celle-ci doit être faite à la suite d'une réduction et cette réduction s'opère facilement par la conservation de l'utérus.

Comme nous l'avons dit M. Quénu opère cette réduction par des myomectomies successives, il conserve la charpente utérine, en un mot, il ouvre la boîte utérine sur la ligne médiane pour retirer les fibromes qu'elle contient.

Une fois l'hémisection médiane faite, il est très simple de découvrir tour à tour chaque corps fibreux. Ceux-ci se présentent, soit sur la tranche, soit sur la commissure de la section médiane, soit sur les faces de la cavité utérine. Le doigt, en explorant, sert de guide pour trouver le noyau fibreux à extirper. La section médiane totale dans ce même cas, donnant de l'indépendance à chaque moitié utérine, rendrait plus difficile l'exploration de la charpente et l'extirpation des organes qui y sont contenus, l'hémisection au contraire permet l'étalement de la surface utérine et découvre au grand jour les corps fibreux à énucléer. En outre, grâce à ce procédé, les tractions, plus utiles pour l'extraction et l'hémostase que dans les salpingectomies, sont plus efficaces ; les tranches de séc-

tion, en effet, donnent pour la traction de vastes surfaces d'appui et les pinces à abaissement qu'on y applique alternativement à droite et à gauche y font des prises solides.

L'hémostase est obtenue non-seulement par les tractions mais encore par ce fait que la section utérine est médiane et pratiquée en dehors des régions vasculaires de l'utérus.

Nous avons déjà analysé rapidement comment est pratiquée la réduction des parties par Pean, Segond, Richelot. Ils la font par morcellements successifs.

Ces morcellements, quoique se faisant méthodiquement, sont longs et répétés de nombreuses fois. Ils occasionnent des pertes sanguines sur la tranche utérine, chaque segment enlevé nécessite l'application d'une pince hémostatique préventive qui encombre le champ opératoire et s'oppose à la descente utérine.

La section médiane dans la zone avasculaire obvie à ces inconvénients et ne demande pas d'hémostase préventive.

C'est à la suite de ces considérations que M. Quénu a employé pour le troisième temps de l'opération (abaissement de la masse et réduction des parties), l'hémisection médiane de Doyen et l'énucléation des fibromes.

La manœuvre de l'énucléation se fait sans difficulté, on découvre d'abord le noyau fibreux le plus souvent par des incisions obliques se greffant sur l'hémisection principale, puis lorsqu'il est découvert on l'énuclée, sans le fragmenter, par un mouvement de levier avec les ciseaux courbes fermés, glissés entre la masse néoplasique et sa capsule. On déloge ainsi de leur nid les masses qui tendent à s'é-

chapper d'elles-mêmes. On peut enlever de cette façon jusqu'à vingt et trente noyaux fibreux.

Certains noyaux par leur profondeur et leurs dimensions sont difficiles à extirper, les ciseaux courbes à manche long arrivent à les atteindre mais non à les faire sortir. Auquel cas il faut les morceler, ou mieux y pratiquer une section médiane et les attirer au dehors avec de fortes pinces à traction en les saisissant par la tranche ainsi formée. Malgré tout certains de ces gros corps fibreux, enchâssés dans une corne utérine par exemple, s'extraient péniblement et les pinces à abaissement ordinaires sont insuffisantes pour les attirer.

Dans ces cas on peut employer les pinces à rateau de Péan. Il arrive parfois même que celles-ci dérapent.

On peut alors pratiquer l'évidement central de la masse par les cylindres de Doyen, la masse se réduit ainsi par sa partie axiale, et d'autre part la cavité creusée offre par ses parois de larges et suffisantes surfaces de prise pour les pinces. Le bloc peut alors être énucléé, les pressions abdominales aidant.

Il arrive bientôt un moment où la réduction est suffisante pour s'accommoder aux dimensions de la filière vaginale à traverser.

Alors commence le temps du dégagement.

Quatrième temps. — Dégagement de l'utérus. — La manœuvre du dégagement utérin peut s'effectuer bien souvent avant que l'utérus paraisse en état de la subir. Il n'est pas rare, en effet, qu'on extrait avec facilité un utérus renfermant des noyaux fibreux que l'on s'appre-

tait inutilement à extirper de sa coque, et le dégagement en bloc peut s'effectuer plus tôt qu'on ne le croyait.

Il est favorisé par les tractions qu'on exerce sur la charpente utérine, tractions d'autant plus efficaces que cette charpente est conservée dans sa totalité.

En somme, on doit tenter le dégagement dès que la masse restante paraît mobilisable, c'est-à-dire dès qu'on constate qu'elle n'est plus retenue par ses parties profondes.

Les tractions du dégagement doivent être pratiquées comme pour un accouchement : c'est en effet un utérus que l'on doit mettre au jour. En conséquence, ces tractions devront être partielles et non énergiques.

Partielles, en ce sens que l'utérus ne se présentera que par une seule de ses parties, celles qui descendra le plus commodément, et qu'elles ne porteront que sur cette partie ; non énergiques, en ce sens que l'utérus descendra spontanément et qu'il faudra favoriser simplement et non pas imposer cette descente.

Ainsi un premier pôle utérin se présentera et se fera jour à travers la filière vaginale, tandis que l'autre pôle muni de ses pinces remontera et lui fera place — l'autre pôle sortira plus tard à son tour — telles, tour à tour se dégageront les épaules d'un enfant dans une présentation du siège.

La masse totale sera bientôt mise au jour suspendue à chacun de ses pédicules artériels.

Alors commencera le cinquième temps d'hémostase définitive et d'ablation utérine.

Cinquième temps. — Hémostase définitive, ablation utérine. — Lorsque la charpente utérine pend hors de la vulve, des tractions douces exercées sur elle permettent l'exploration digitale des annexes. Si celles-ci sont saines, il est inutile de les supprimer, et la section des ligaments devra être faite au ras de l'utérus, si au contraire ces annexes sont malades, les ligaments larges seront hémostasiés au-delà des ovaires et la section faite aussi au-delà comme nous l'avons décrite pour les salpingectomies.

Examinons en détail l'hémostase et la section des ligaments si importantes et telles qu'elles doivent être faites dans les hystérectomies pour les utérus fibromateux.

L'hémostase dans le procédé que nous venons d'exposer est faite dernière et définitive puisque, comme nous l'avons vu, aucune application de pince n'a été nécessaire au cours de l'opération. Nous savons les avantages de cette méthode.

L'hémostase, en outre, doit être pratiquée de haut en bas. Ainsi, après rétraction des ligaments, les pinces exécutent un léger mouvement de torsion qui relève leur bec, et ce bec ne remonte pas dans la cavité péritonéale; en outre ainsi les tissus serrés dans la pince et destinés à se nécroser, restent intravaginaux et ne risquent pas d'infecter le péritoine.

L'hémostase doit enfin être faite par étages successifs au moyen de pinces courtes et fortes.

Le pincement du ligament en totalité de haut en bas a en effet des inconvénients; il est malaisé et en outre il peut occasionner une hémorrhagie grave par rupture d'un

clamp. Le pincement successif et par étage au contraire permet d'employer des pinces plus courtes et par conséquent plus solides ; en outre, il permet aux pinces de se renforcer les unes les autres.

Les pinces à employer sont du modèle des pinces américaines, un peu plus longues, plus épaisses et très solides.

Voici comment on procède pour leur application.

L'insertion utérine du ligament doit avant tout être bien mise au jour, pour ce faire la main doit passer, face palmaire en avant, derrière l'utérus, le pouce regardant en arrière saisit la face antérieure du ligament et sa partie supérieure. La main ainsi placée contient toutes les parties qui doivent être serrées, elle les explore et les isole. On peut alors procéder à l'application d'une pince de haut en bas, prenant le tiers supérieur du ligament aussi près que possible de l'utérus, une section est faite entre cette pince et le muscle.

Le ligament se rétracte et permet à une deuxième pince de prendre, en partie au-dessus de la commissure de section, les tissus déjà serrés et de pincer, en outre, le tiers moyen du ligament, section est faite au ras de l'utérus.

Une troisième pince enfin est appliquée sur la base du ligament, la prise de tissu au ras du col utérin que doit faire cette pince pour éviter l'uretère est favorisée par le repère que nous avons recommandé de conserver au début de l'opération, c'est-à-dire par la pince à tractions qui saisit les lèvres du col, le ligament peut alors être sectionné au ras du col.

Ainsi, par ces pincements successifs, on a saisi la zone de l'artère utérine et celle de l'utéro-ovarienne en plusieurs parts au moyen d'un faisceau de pinces imbriquées les unes sur les autres.

Toutes sont indépendantes l'une de l'autre, mais chacune d'elles assure celle qui la précède.

Nous avons vu dans le chapitre des salpingectomies comment on procède pour la fin de l'opération, comment est pratiqué le pansement terminal.

Un tampon fermera l'entrée du péritoine, sans dépasser le bord supérieur du vagin et va former un dôme artificiel sur lequel reposera le diaphragme des adhérences vaginales futures. D'autres tampons sépareront, comme les feuillets d'un livre, les pédicules d'eux-mêmes et des parois vaginales.

Les soins consécutifs seront les mêmes que ceux des hystérectomies pour salpingites.

L'ablation des pinces, toujours bien supportée, sera faite le troisième jour au bout de 48 heures.

Il est utile de faire cette ablation en deux temps. Dans un premier temps, les pinces seront simplement desserrées, elles resteront en place calées par le pansement intra-vaginal. S'il survient une hémorrhagie, il suffira de les resserrer pour obtenir l'arrêt du sang. S'il ne survient aucun suintement après un heure d'attente environ, on pourra alors dans un deuxième temps enlever les pinces par glissement.

Telle est la technique opératoire qui peut être appliquée à tout fibrome accessible par la voie vaginale, elle peut être quelquefois modifiée pour s'adapter à certains cas

de fibromes enclavés, sous-péritonéaux, etc., mais elle reste la même dans son essence et nous verrons par l'exposé des résultats de son application qu'elle rend bénigne l'opération de l'hystérectomie pour utérus fibromateux.

CHAPITRE III

DE L'HYSTÉRECTOMIE POUR PROLAPSUS UTÉRIN.

Les premières hystérectomies vaginales pour prolapsus utérins furent pratiquées et préconisées en Allemagne.

En France, Richelot, Terrillon, Goullioud, Quénu, Segond, Lejars, Doyen appliquèrent l'hystérectomie aux cas de prolapsus.

Indications.

M. Quénu pense que l'hystérectomie vaginale est une bonne opération contre le prolapsus total de l'utérus chez les femmes ayant atteint la ménopause ou étant près de l'atteindre, de plus il a constaté que chez les femmes âgées et artério-scléreuses c'est une opération bénigne et sans retentissement sur l'état général, qu'enfin elle permet de s'assurer de l'état des annexes et de les enlever s'il y a lieu. Elle est donc tout naturellement indiquée

dans les complications de cancer, de fibromes ou d'hypertrophie considérable de la matrice.

L'opération paraît indiquée encore quand il s'agit de femmes dont la condition sociale nécessite une vie active, et si l'état du périnée et du vagin ne laissent aucun doute sur la possibilité de restaurer utilement l'appareil de soutien du bassin.

La ventrofixation doit être réservée aux femmes jeunes et encore réglées.

L'hystérectomie pour prolapsus ne ressemble pas à celle que l'on pratique pour les cancers ou les salpingites. Son exécution est très simple et les dangers ordinaires de l'hystérectomie semblent très faciles à conjurer.

Elle diffère de l'hystérectomie vaginale que nous avons exposée précédemment par deux points capitaux qui sont celui de la résection des moyens de soutien du bassin et celui de l'hémostase.

On peut obtenir la reconstitution de l'appareil de soutien du bassin aux dépens des ligaments larges et du péritoine qui forment une sangle que l'on fixe au vagin, cette sangle se rétracte peu à peu vers les points d'attache, c'est-à-dire en haut vers le ventre.

Nous verrons à l'exposé du manuel opératoire la manière d'obtenir cet appareil de soutien. L'hémostase, en ce cas, ne doit plus être pratiquée par les pinces à demeure, car celles-ci provoquent une réunion secondaire, tandis qu'il faut à tout prix une réunion par première intention.

C'est en se basant sur ces deux principes que M. Quénu a établi son manuel opératoire.

Manuel opératoire.

Après avoir ouvert les culs-de-sac antérieur et postérieur du péritoine, on sectionne l'utérus sur la ligne médiane, puis, avec facilité, on lie en chaîne de chaque côté les ligaments larges au moyen de gros fils de soie plate. On coupe un chef sur deux, ne conservant de chaque côté que trois chefs.

Alors, chaque moitié utérine étant excisée, on lie chaque fil du côté droit avec celui de gauche, en un mot on réunit les deux moignons du ligament large de façon à faire une sorte d'écharpe, de sangle, qui soutient les organes abdominaux.

Le péritoine est ensuite rapidement suturé en avant et en arrière aux bords antérieurs et postérieurs de l'angle formé par la voûte des ligaments; la surface des pédicules est donc péritonéale, on la recouvre de la surface cruentée du vagin qu'on suture entièrement au catgut. Une des sutures au moins doit traverser à la fois les bords de l'incision vaginale et le pédicule, permettant ainsi au vagin d'adhérer aux pédicules. L'orifice résultant de l'ablation utérine est fermée en totalité, la rétraction cicatricielle, loin de tirer excentriquement sur la cicatrice pour l'affaiblir ne pourra que la remonter et tirer sur le vagin.

Le fond du vagin, au moment de l'opération, est au niveau de la vulve, on le refoule et le remonte par des

pansements vaginaux pendant trois semaines, c'est-à-dire pendant le temps que la malade garde le repos.

Les autres temps de l'hystérectomie sont analogues à ceux que nous avons décrits pour les cas précédents.

S'il y a cystocèle ou rectocèle, on fait ordinairement une colporraphie, il est toujours bon de compléter l'opération par une périnéorraphie exécutée rapidement.

La malade garde ensuite le lit pendant trois semaines.

Dans tous les cas observés par M. Quénu on a constaté que le vagin restait bien fixé et élevé, par conséquent que l'opération avait pleinement réussi.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Salpingite.

Mme L... Berthe, 33 ans, entrée salle Bichat, lit n° 10, le 7 octobre 1893, sortie le 7 décembre.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans et demi, règles régulières.

Mariée en 1883, douleurs de ventre pendant un an.

En septembre 1885. — Retard des règles de 14 jours suivi de perte d'un caillot de sang.

En octobre 1888. — Attaque de rhumatisme : la main gauche et le poignet seuls sont pris, douleur modérée, pas de fièvre ; durée un mois.

Jusqu'en 1891 état normal, règles régulières, pas de pertes blanches.

Début. — En avril 1891. — La malade ressent des douleurs dans le bas-ventre et les reins, en même temps pertes blanches,

cependant règles régulières. On diagnostique une métrite que l'on traite par les injections.

Cet état dure trois mois, la malade se considère ensuite comme guérie, cependant les pertes blanches continuent.

En avril 1893. — Recrudescence des douleurs et des pertes blanches, digestions difficiles, nausées et vomissements.

En septembre, les douleurs furent telles que la malade dut s'aliter et entrer à l'hôpital en octobre.

Etat actuel. — Pas de règles depuis septembre, pertes blanches peu abondantes.

Douleurs dans le bas-ventre du côté droit surtout, avec irradiations dans les jambes.

A la palpation, on détermine une douleur dans le bas-ventre côté droit.

Au toucher, on sent un utérus immobilisé, à droite une masse volumineuse, à gauche une autre plus petite.

Opération le 3 novembre.

Hystérectomie vaginale.

A gauche, on ouvre une poche purulente ; de ce côté, la trompe est très adhérente, on ne peut pas l'enlever en totalité.

Rien de particulier à signaler dans les différents temps opératoires.

On tente inutilement de cultiver le pus de la poche purulente.

15 novembre. — Ablation des pinces et de quatre tampons.

18 novembre. — Ablation des quatre autres tampons.

Aucune complication opératoire.

7 décembre. — La malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION II

Salpingite.

Mme G... Marie, 38 ans, cuisinière, entrée salle Bichat, lit n° 9, le 26 octobre 1893 : sortie le 17 février 1894.

Antécédents héréditaires. — Père, frère morts de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Bien portante dans son enfance.

Réglée à 13 ans et demi, règles abondantes, non douloureuses jusqu'à l'âge de 37 ans.

A 18 ans, accouchement normal.

Début probable. — En octobre 1892, fausse couche de trois mois que la malade met sur le compte de la fatigue. A la suite de cette fausse couche, pertes rouges abondantes pendant trois mois obligeant la malade à garder le repos.

Depuis lors, douleurs de ventre.

Le 13 octobre 1893. — Le soir douleur subite dans le bas-ventre avec fièvre et frissons.

La malade continue néanmoins à travailler.

Le 26 octobre. — Cependant elle entre dans le service avec fièvre, ventre douloureux et ballonné, empatement dans la fosse iliaque gauche et col utérin serré contre le pubis.

Le 3 novembre. — On ouvre le cul-de-sac postérieur il s'échappe un liquide purulent mélangé de sang ; la poche remonte très haut, on draine et lave.

Les douleurs disparaissent, mais il survient des pertes rouges pendant la fin du mois.

La malade sort en décembre mais ses pertes redeviennent considérables.

Elle rentre alors à l'hôpital. Le tamponnement, le repos font cesser ces pertes.

A la fin du mois, surviennent les règles abondantes et douloureuses.

Examen. — Toucher. Dans le cul-de-sac gauche on constate un empâtement très considérable et remontant très haut.

La pression est douloureuse.

Avant la première intervention, les lésions remontaient plus haut, elles arrivaient presque à l'ombilic.

Opération. — Le 18 janvier.

Hystérectomie vaginale.

On trouve un utérus très volumineux.

Les annexes droites remontent très haut, on ne peut les atteindre que très difficilement, néanmoins on arrive à placer sur elles une pince. Les annexes gauches sont si adhérentes et si haut placées qu'il est impossible de les enlever.

Les suites opératoires sont très bonnes, la malade a quelques troubles digestifs qui existaient avant l'opération.

Sortie le 17 février 1894.

OBSERVATION III

Salpingite.

Mme J... Joséphine, 43 ans, domestique, entrée salle Bichat, lit n° 11, le 30 octobre 1893, sortie le 31 décembre.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans Règles normales.

A 18 ans, à la suite d'une fièvre typhoïde, suspension des règles pendant quatre mois.

A 20 ans, pertes blanches très abondantes.

A 21 ans, un accouchement normal avec suites normales.

Début. — A 31 ans, hémorrhagie dans l'intervalle des règles, durant huit jours et accompagnée de douleurs dans le côté gauche.

A 42 ans, deux hémorrhagies dans l'intervalle des règles.

En octobre 1893 on pratique un curettage ; la malade sort un mois après avec encore quelques pertes blanches.

En septembre 1893. — Retard des menstrues de dix jours.

En octobre les règles surviennent normalement, mais elles sont accompagnées de douleurs violentes dans le côté gauche du ventre avec irradiations vers les cuisses et les reins.

La malade entre alors à l'hôpital.

Etat actuel. — Examen : on trouve un utérus un peu gros et très adhérent.

Opération le 27 novembre.

On pratique une hystérectomie vaginale.

L'utérus fort adhérent descend très difficilement même après section médiane.

Le tissu utérin très friable se rompt par le seul poids des pinces quand on cherche à les placer : à gauche le ligament large se rétracte entraînant un lambeau d'utérus que l'on attire au dehors au moyen d'une pince ; à droite le ligament entraîne peu de tissu utérin. Une hémorrhagie considérable se produit au moment du pincement de ces pédicules. On l'arrête par un tamponnement vaginal.

Pour assurer l'hémostase définitive on pratique alors une laparotomie : on place, une fois le ventre ouvert, des ligatures sur le ligament large et on enlève les trompes des deux côtés et des débris d'ovaire.

On suture les pédicules droit et gauche ensemble comme dans l'hystérectomie pour prolapsus afin de fournir un point d'appui aux tampons vaginaux.

Le lendemain, 28 novembre, de l'opération : pouls très fréquent, petit, irrégulier qui redevient normal les jours suivants après des injections répétées de sérum.

8 décembre. — On enlève les fils de la suture abdominale.

31 décembre. — La malade sort complètement guérie.

OBSERVATION IV

Salpingite.

Mme R... Angélique, 37 ans, ménagère, entrée salle Boyer, lit n° 17, le 8 mars 1893, sortie le 20 avril.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans, toujours bien réglée.

Trois accouchements normaux.

En 1889, fausse couche de deux mois, pertes abondantes pendant un mois.

Depuis lors, douleur dans le bas-ventre, sous l'influence de la fatigue.

En juin 1891, les douleurs sont plus violentes, les règles durent 15 jours.

En août 1892 et février 1893, nouvelles crises douloureuses.

En mars 1893, entrée au pavillon Pasteur.

Opération. — Le 27 mars.

Hystérectomie vaginale.

On pratique la section médiane de l'utérus, on tombe alors dans une vaste poche remplie de caillots sanguins et occupant la partie non-seulement postérieure mais encore antérieure de l'utérus, formant ainsi une hématocele retro et anté-utérine.

On applique douze pinces pour l'hémostase.

29 mars. — On retire les douze pinces.

Pas de suites opératoires.

20 avril. — La malade sort guérie.

OBSERVATION V

Salpingite.

Mme V... Marie, 37 ans, couturière, entrée salle Bichat, lit n° 1, le 12 mai 1893, sortie le 5 août.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans 1/2, toujours bien réglée.

Pas de grossesse ni de fausse couche.

En 1880. — Douleur au moment des règles dans la fosse iliaque droite.

Douze jours après, un abcès s'ouvre spontanément dans le rectum.

La malade garde le lit pendant deux mois.

Il persiste une fistule donnant évacuation à du pus dans les garde-robes pendant cinq ans.

De 1887 à 1889. — Hémoptysies. La fistule s'ouvre de nouveau.

En 1892. — Suppression des règles pendant deux mois puis retour.

En juillet 1892. — Douleur brusque dans le ventre.

On constate alors l'existence à droite de l'utérus d'une poche, comprimant le rectum et faisant saillie dans le cul-de-sac droit.

La malade a de la fièvre.

On ponctionne cette poche, du pus s'écoule, on fait un lavage antiseptique, la fistule rectale persiste.

En avril 1893. — Douleurs dans le côté gauche du ventre. Pertes blanches.

Examen. — Toucher. Col porté en arrière.

Utérus volumineux, enclavé.

Empâtement de tout le petit bassin.

Opération. — Le 29 juin.

Hystérectomie vaginale.

Utérus très adhérent, entre l'utérus et le rectum on découvre un abcès sans pus.

Ablation facile de l'utérus par la section médiane.

1^{er} juillet. — Ablation des pincés.

16 juillet. — Depuis l'opération, perte de pus par le vagin.

5 août. — Sortie. Les pertes de pus continuent en petite quantité. Pas d'élévation de la température.

OBSERVATION VI

Salpingite.

Mme D... Rose, 30 ans, baigneuse, entrée salle Bichat, lit n° 8, le 27 novembre 1893. Sortie le 14 janvier 1894.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans, régulièrement.

A 19 et 21 ans, deux accouchements normaux.

Début probable. — A 23 ans, fausse couche de trois mois, la malade se lève hâtivement, elle est alors prise de fièvre et de pertes abondantes durant trois mois pendant lesquels elle cesse son travail.

Au bout de ce temps, les règles reviennent douloureuses toutes les six semaines, avec pertes blanches dans leur intervalle.

A 25 ans, autre couche sans incidents.

Depuis lors, la malade souffre constamment du ventre, ses règles sont régulières à échéance de cinq à six semaines, douloureuses, abondantes, sans pertes blanches.

En août 1893. — Douleur subite dans le ventre pendant la journée avec impossibilité de marcher.

Séjour de vingt jours en médecine à Laënnec puis entrée à Cochin le 7 septembre avec vomissements verdâtres, ballonnement et douleurs de ventre.

Traitement médical d'abord, amélioration, puis le 9 octobre, incision d'un abcès rempli de pus à odeur fécaloïde dans le cul-de-sac postérieur.

On lave la poche, on la bourre de gaze iodoformée et on pratique un curettage de l'utérus.

La malade sort le 22 octobre ne souffrant plus.

Le 18 novembre. — Les règles disparues depuis le mois d'août, reviennent, mais la malade est reprise de nouvelles douleurs et rentre à Cochin le 27 novembre.

On la laisse au repos pendant quelques jours.

Opération. — Le 14 décembre.

On pratique l'hystérectomie vaginale.

L'utérus est peu adhérent, les annexes des deux côtés descendent très facilement.

Les deux ovaires sont volumineux, polykystiques.

La trompe gauche très volumineuse.

Pas d'incidents, pas de suites opératoires.

La malade sort guérie le 14 janvier.

OBSERVATION VII

Salpingite.

Mme M... Augustine, 33 ans, ménagère, entrée salle Bichat, lit n° 2, le 26 décembre 1893, sortie le 29 mars 1894.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans, régulièrement.

De 1878 à 1883, trois grossesses avec accouchement laborieux mais normal.

Après le dernier accouchement, quelques pertes blanches.

Début probable en juin 1893. — Les règles, en effet, sont supprimées pendant trois mois et il survient une leucorrhée abondante.

En octobre 1893, fausse-couche de quatre mois.

Douleurs vives dans le bas-ventre et pertes blanches abondantes.

Puis les règles reviennent irrégulièrement.

La malade entre dans le service le 31 décembre, on pratique un curettage.

Les pertes en blanc et les douleurs dans le ventre persistent.

Examen. — Au toucher, on sent un utérus volumineux et des annexes grosses et douloureuses.

Opération. — Le 25 janvier.

Hystérectomie vaginale.

Utérus volumineux. Ovaires sclérokystiques.

Le 27. — Ablation des pincés, l'état de la malade est très bon.

Néanmoins, elle séjourne à l'hôpital jusqu'en mars, moment où on lui pratique la résection des filets des cinquième et sixième paires sacrées pour une coccygodynie ayant débuté après sa fausse-couche de 1893.

Elle est soulagée par cette opération et sort à la fin du mois de mars.

OBSERVATION VIII

Salpingite.

Mme L... Marie, 26 ans, domestique, entrée salle Bichat, lit n° 10, le 1^{er} octobre 1894, sortie le 28 décembre.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans, toujours bien réglée.

Pas d'enfant ni de fausse-couche.

Pas d'antécédents utérins, jamais de pertes.

Début. — Quinze jours avant son entrée dans le service, douleur subite, après règles normales, vomissements le lendemain et fièvre, depuis lors, la malade ressent des douleurs dans le bas-ventre quand elle se lève et marche.

A son entrée à l'hôpital, le ventre est douloureux au palper surtout à gauche, très douloureux au niveau de la fosse iliaque : on sent là une légère tuméfaction.

Toucher. — Cul-de-sac gauche et postérieur remplis par une tuméfaction très douloureuse.

Col dévié à droite.

La tuméfaction est limitée en bas par un bord saillant.

Le 19 octobre. — On ouvre le cul-de-sac postérieur du vagin le long de la lèvre inférieure du col comme pour une hystérectomie, le doigt porté à droite tombe dans le péritoine ; à gauche il tombe sur un abcès qu'il ouvre, qu'on lave et qu'on draine.

La malade garde le repos pendant quelque temps après cette opération mais son état s'améliore peu.

Opération. — Le 22 novembre.

Hystérectomie vaginale sans incident à noter.

24 novembre. — On retire les pinces, mais une heure après, hémorrhagie qui oblige à les réappliquer.

25 novembre. — La malade va bien.

26 novembre. — On retire les pinces.

10 décembre. — Dans la nuit, une hémorrhagie; on tamponne le vagin.

Les jours suivants la malade va bien.

Elle sort le 28 décembre, n'ayant plus aucun symptôme douloureux.

OBSERVATION IX

Salpingite.

Mme L... Jeanne, 22 ans, lingère, entrée salle Bichat, lit n° 8, le 9 février 1895, sortie le 2 mai.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans 1/2. Retards fréquents dans les règles et durée longue de sept à huit jours. Pas de grossesse ni de fausse couche.

Début. — Depuis 4 ans la malade éprouve des douleurs assez vives dans le ventre, sous forme d'élancements et de tiraillements précédant les règles, et persistant pendant leur durée.

Depuis lors aussi les règles sont devenues irrégulières, cessant

pendant plusieurs mois, puis revenant durant quinze jours avec accompagnement de douleurs.

Depuis un an 1/2, les douleurs sont devenues plus vives et indépendantes des menstrues.

Depuis deux mois, souffrances continuelles jour et nuit.

Dernières règles en janvier d'une durée de 17 jours avec douleurs de ventre surtout prononcées à gauche. Miction douloureuse, mais non fréquente, défécation pénible.

Examen. — Toucher le 20 février.

A gauche, salpingite volumineuse, fluctuante, douloureuse, de la grosseur d'une mandarine. A droite, salpingite moins volumineuse. Utérus en antéversion, col porté très en arrière. On pense qu'il y a du pyosalpinx.

Opération. — Le 18 mars.

Hystérectomie vaginale.

A gauche, on trouve la poche purulente diagnostiquée, on la vide avec le trocart et l'enlève par lambeaux.

A droite, ovaire scléro-kystique, trompe volumineuse sinueuse en un point atteinte d'un hydrosalpinx gélatineux.

On applique trois pinces de chaque côté. Pas d'incident opératoire.

19 mars. — Très bon état général.

20 mars. — On enlève les pinces.

Environ une heure après, violente hémorrhagie ; on remplace les pinces avec difficulté après une forte perte de sang, il persiste un léger suintement, on fait alors une laparotomie, on lie les pédicules et on enlève à gauche une portion de poche laissée pendant l'hystérectomie.

21 mars. — Un peu de fièvre.

Les jours suivants la température s'abaisse et la malade guérit peu à peu pour sortir le 2 mai.

OBSERVATION X

Salpingite.

Mme B... Augustine, 37 ans, ménagère, entrée salle Bichat, lit n° 12, le 20 février 1895, sortie le 6 mai.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans, règles irrégulières abondantes (10 à 12 jours), mais indolores jusqu'à ces deux dernières années.

Toujours des pertes blanches abondantes. Quatre enfants. Le dernier il y a 10 ans avant terme, trois hémorrhagies à la suite et péritonite, la malade se rétablit bien. Pas de fausse couche.

Début. — Depuis 2 ans, pertes de sang tous les quinze jours durant huit jours et plus. Dans l'intervalle, pertes blanches.

En même temps douleurs lancinantes presque continuelles dans la fosse iliaque gauche, augmentant par la fatigue. Pas de symptômes généraux.

La malade a été traitée sans succès depuis 2 ans par l'électricité.

Examen le 22 février.

Palper douloureux à gauche, on ne sent pas de tumeur indolente à droite.

Toucher. — Utérus abaissé en rétroversion, à droite, cul-de-sac indolent, à gauche, cul-de-sac douloureux peu dépressible, sans tumeur. Cul-de-sac postérieur : on y sent une tumeur adhérente à l'utérus, séparée du col, douloureuse en avant, peu latérale

ment. Cathétérisme de l'utérus impossible. Notons que la défécation est pénible et la miction facile.

Opération le 4 avril.

Hystérectomie vaginale.

On trouve une salpingite à gauche. On applique sept pinces.

6 et 7 avril. — On enlève quatre et trois pinces, bonnes suites opératoires. Sortie le 6 mai.

OBSERVATION XI

Salpingite tuberculeuse.

Mme R... Angèle, 24 ans, entrée salle Bichat, lit n° 2, le 11 mars 1895. Sortie le 23 juin.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans, bien réglée.

Pas d'antécédents utérins.

Début. — Il y a trois mois par des douleurs de ventre. Les règles surviennent néanmoins normalement mais sont abondantes et durent 8 à 10 jours.

La malade depuis lors a beaucoup maigri.

Elle entre à l'hôpital pâle et anémiée et refuse l'hystérectomie.

23 avril. — On pratique une incision du cul-de-sac postérieur du vagin. Il ne sort pas de pus.

Quelque temps après la malade quitte l'hôpital, puis rentre de nouveau dans le service pour se faire opérer radicalement.

Opération le 27 mai.

Hystérectomie vaginale.

Utérus et annexes friables et caséeux.
Application de quatre pinces.
Quelques jours de fièvre après l'opération.
La malade quitte l'hôpital le 23 juin.

OBSERVATION XII

Salpingite.

Mme B... Marie, 33 ans, entrée salle Bichat, lit n° 6, le 15 avril 1895, sortie le 4 juin.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans. Deux enfants, deux fausses couches.

Début probable. — Il y a 4 ans, survient en dehors de l'époque des règles une abondante hémorrhagie avec violentes douleurs qui disparaissent sans traitement.

A la suite de cet accident les règles ne sont pas supprimées, mais augmentées.

Deux fausses couches.

Il y a quatorze mois, accouchement normal.

Il y a dix mois, de nouveau forte hémorrhagie avec douleurs.

Dernières règles le 20 janvier.

Du 12 au 15 février. — Nouvelle hémorrhagie abondante, la malade entre au service.

4 mars. — On fait une incision du cul-de-sac postérieur du vagin.

Les douleurs persistent avec pertes en blanc.

30 avril. — Pertes rouges peu abondantes mais continues.

Opération le 2 mai.

Hystérectomie vaginale.

Deux pinces sont placées sur chaque ligament large. Petite hémorrhagie en nappe sur la branche vaginale, qui oblige à l'établissement d'une collerette de pinces hémostatiques.

4 et 5 mai. — On retire pinces et tampons.

Les douleurs de ventre persistent quelque temps encore après l'opération, la malade sort guérie le 4 juin.

OBSERVATION XIII

Salpingite.

Mme C... Anaïs, 32 ans, blanchisseuse.

Opération le 16 août au pavillon Pasteur, par M. Sébilleau.

Hystérectomie vaginale.

Sortie le 21 septembre 1895.

OBSERVATION XIV

Salpingite.

Mme V... Héroïse, 24 ans, brodeuse.

Opération le 19 août au pavillon Pasteur, par M. Sébilleau.

Hystérectomie vaginale.

Sortie le 14 septembre 1895.

OBSERVATION XV

Salpingite.

Mme S... Alphonsine, 20 ans, brocheuse.

Opération le 24 août au pavillon Pasteur, par M. Sébilleau.

Hystérectomie vaginale.

Sortie le 24 novembre 1895.

OBSERVATION XVI

Salpingite.

Mme A... Berthe, 27 ans, employée de commerce.

Opération le 19 septembre au pavillon Pasteur, par M. Sébilleau.

Hystérectomie vaginale.

Sortie le 19 décembre 1895.

OBSERVATION XVII

Salpingite.

Mme T... Henriette, 20 ans, corsetière.

Opération le 21 septembre au pavillon Pasteur, par M. Sébilleau.

Hystérectomie vaginale.

Sortie le 19 octobre 1895.

OBSERVATION XVIII

Salpingite.

Mme S... Emma, 30 ans, domestique, entrée salle Bichat, lit n° 9, le 28 septembre 1895. Sortie le 20 février 1896.

Antécédents personnels. — Réglée à 18 ans, régulièrement, abondamment (durée de 7 à 8 jours).

Pas d'accouchement ni de fausse-couche.

Début. — Il y a trois semaines, à la suite des règles, la malade a été prise brusquement au milieu de la nuit de douleurs très vives dans la fosse iliaque droite.

Le lendemain sensation de poids dans le bas-ventre qui persiste pendant 15 jours.

La palpation réveille cette douleur qui subit spontanément des exacerbations.

23 septembre. — A l'entrée à l'hôpital l'utérus dépasse le pubis.

Le cul-de-sac gauche est bombé.

On sent une masse immobile formée par le corps utérin.

4 octobre. — Les douleurs augmentent, la température s'élève le soir jusqu'à 39°.

La fièvre continue les jours suivants.

20 octobre. — Brusquement la malade allant à la selle rend une matière blanchâtre, granuleuse, dense, abondante, puis du pus à diverses reprises.

En même temps les douleurs s'atténuent beaucoup et la température baisse.

2 novembre. — Du pus s'écoule toujours par le rectum.

On pratique des lavages boriqués.

7 décembre. — Nouvel examen.

Au toucher on constate un empâtement diffus dans le cul-de-sac postérieur dur et immobilisant l'utérus.

Les pertes de pus par le rectum ont cessé.

Douleur dans l'hypochondre droit à la palpation.

3 janvier. — L'examen donne les mêmes signes que précédemment le déplacement du col utérin est très douloureux. Les douleurs siégeant à droite de préférence sont les mêmes.

Opération. — Le 6 janvier.

Hystérectomie vaginale.

Les annexes gauches sont assez facilement extirpées mais à droite, elles sont prolabées, fortement adhérentes et très friables.

Application de neuf pincés.

8 janvier. — Ablation des pincés. Pas de suites opératoires.

13 janvier. — Ablation des tampons.

Sortie le 20 février.

OBSERVATION XIX

Métrite hémorragique.

Mme T... Emilie, 34 ans, entrée salle Bichat, lit n° 1, le 18 novembre 1893. Sortie le 12 décembre.

Antécédents héréditaires. — Plusieurs cas d'épithéliome dans la famille.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans, règles toujours douloureuses jusqu'à la première grossesse.

Trois grossesses normales, sans suites de couches.

Toutefois à la fin de l'année 1881 il survient une suspension des règles suivies d'une perte de sang (avec caillots?) qui dure six à huit jours.

Le début de la maladie actuelle semble remonter à 1884. En 1884, en effet, survient une quatrième grossesse. Accouchement prématuré dû à une forte contrariété. La malade se lève au bout de trois jours. Depuis lors elle est sujette à des pertes de sang continuelles.

Pendant un an, en effet, elle a des pertes journalières que des cautérisations au nitrate d'argent diminuent, mais les règles restent irrégulières jusqu'en 1888.

En 1888. — Les hémorrhagies redoublent. On les traite en vain par des cautérisations de toute nature.

En juillet 1893. — On pratique un curettage.

Les pertes cessent alors pendant six semaines puis surviennent de nouveau, abondantes, avec caillots.

Opération. — Le 21 novembre.

Hystérectomie vaginale.

L'utérus est très adhérent et volumineux.

Pas d'incident au cours de l'opération.

23 novembre. — Ablation des pincés.

24 novembre. — Ablation des tampons, léger mouvement fébrile dû à l'escharification des tissus qui seront éliminés. On pratique des injections de sublimé.

29 novembre. — Bon état général.

12 décembre. — La malade quitte l'hôpital bien portante.

OBSERVATION XX

Mérite hémorrhagique.

Mme T... Louise, 32 ans, entrée salle Richet, lit n° 11, le 13 novembre 1895.

Antécédents héréditaires. — Une tante a eu une tumeur maligne dans le ventre, mère a eu un prolapsus de l'utérus.

Antécédents personnels. — Réglée à 17 ans 1/2. Pendant deux ans mal réglée, réglée irrégulièrement (restant trois mois sans menstrues) et abondamment.

A 20 ans. Survient une forte perte au moment des règles, la malade garde le lit pendant trois mois au bout desquels les règles redeviennent régulières.

A partir de 21 ans, quatre accouchements normaux.

Il y a 2 ans 1/2 une fausse couche, pendant cette dernière grossesse il n'y a pas eu absence de règles, un mois avant la fausse couche la malade a même eu de nouveau une forte perte. Le toucher vaginal pratiqué à ce moment-là par le médecin ne donnait aucun signe de grossesse.

Il y a deux ans, en août 1893, nouvelle fausse couche et perte abondante.

Depuis lors, la malade a presque toujours perdu du sang, avec quelques rares périodes d'arrêt.

En 1895, il y a trois mois environ, curetage.

Les pertes cessent pendant deux mois, puis se renouvellent depuis un mois.

Examen. — Anémie profonde.

Au palper. Utérus gros, douloureux, on ne sent pas les ovaires ni les trompes. *Au toucher.* Col gros, régulier et lisse, placé dans le cul-de-sac postérieur. *Au toucher et palper.* Corps utérin, gros, lisse et régulier, très mobile et très douloureux, anteflexion et légère latéroflexion droite, hystérométrie 8 cm. 1/2.

La malade reste à l'hôpital jusqu'en février sans traitement chirurgical. On relève son état général par les moyens médicaux.

Le repos tarit les pertes.

Mais en février survient une nouvelle métrorrhagie qui épuise et affaiblit la malade.

Les pertes continuent, on les traite par le tamponnement vaginal.

Le toucher utérin n'est pas modifié.

Opération. — Le 2 mars.

Hystérectomie vaginale.

Section médiane de l'utérus. Descente facile. Pas de perte de sang. Ablation facile des annexes. Salpingite à droite.

Pas de suites opératoires à noter.

11 mars. — Amélioration notable, la faiblesse diminue, appétit et digestion normaux.

19 mars. — L'amélioration continue et fait prévoir une guérison rapide.

OBSERVATION XXI

Epithéliome.

Mme F... Joséphine, 40 ans, journalière, entrée salle Boyer, lit n° 20, le 24 décembre 1892, sortie le 4 mars 1893.

Antécédents personnels. — Réglée à 11 ans 1/2. Règles régulières, peu abondantes, un accouchement à terme, il y a 20 ans, une fausse couche de 8 mois par suite de chute, 5 ans après accouchement sans suites.

Début. — Le 3 août 1892, le matin en se baissant la malade ressent une vive douleur lancinante dans le côté droit du ventre et une perte de sang (Ses règles étaient terminées depuis 8 jours). La douleur fut courte, mais depuis lors la malade perd un peu de sang tous les jours surtout dans la station debout.

Depuis un mois les pertes ont une couleur rousse à odeur caractéristique.

Pas de constipation, envies fréquentes d'uriner mais sans douleur.

Pas d'amaigrissement, ni pâleur, ni pertes de forces.

Toucher. — Indolore, on constate un épithéliome utérin laissant une portion du col sain, ainsi que le cul-de-sac vaginal, l'ulcération occupe surtout la lèvre antérieure du col, l'utérus est mobile.

Opération. — Le 6 février 1893.

Hystérectomie vaginale.

L'incision du cul-de-sac vaginal postérieur est difficile. L'utérus est fendu sur la ligne médiane sans qu'il s'écoule une goutte de sang. Trois pinces et une ligature sont appliquées sur le ligamen gauche, à droite on applique trois pinces et trois ligatures.

Aucun incident d'ailleurs.

Le 7 février. — On enlève deux pinces.

Le 8. — Ablation de toutes les pinces.

Le 9. — On enlève les tampons.

Injections de sublimé matin et soir.

Pas de suites.

Sortie le 4 mars.

OBSERVATION XXII

Epithéliome.

Mme C... Victorine, 48 ans, journalière, entrée salle Boyer lit n° 5, le 29 décembre 1892. Sortie le 9 février 1893.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans. Régulièrement assez abondamment, les règles durant trois à quatre jours.

Deux accouchements normaux se suivant à l'âge de 21 ans.
Pas de maladies.

Début. — Il y a environ un an la malade commence à perdre de l'eau roussâtre.

Il y a six mois stries rouges dans les pertes et débris de tissus mortifiés, remarqués aussi pendant les règles.

Règles normales jusqu'en novembre. Au commencement de

décembre une métrorrhagie, puis des pertes qui continuent jusqu'à l'entrée à l'hôpital.

Etat actuel. — Au toucher on sent une masse molle bourgeonnante remplissant le vagin et dont il est impossible de trouver exactement la limite supérieure. Cette masse saigne facilement et abondamment.

30 décembre. — Curettage de toute la masse fongueuse. Hémorrhagie abondante qui s'arrête lorsque l'ablation des bourgeons est complète. Cautérisation au chlorure de zinc. Tamponnement iodoformé.

2 janvier 1893. — On enlève les tampons. Les injections ressortent propres. Pas de sang, ni de douleur dans le bas-ventre.

15 janvier. — Toucher : col entr'ouvert, le doigt pénètre facilement dans l'utérus et on sent des bourgeons mollasses ne saignant pas et sans odeur. Il y a un bourrelet de col sain à l'insertion vaginale, ce qui reste du col est induré.

Utérus mobile mais volumineux, on le sent au-dessus du pubis par la palpation bimanuelle.

Opération. — Le 16 janvier.

Hystérectomie vaginale sans incidents, on laisse six pincés.

18 janvier. — Ablation des pincés.

9 janvier. — Suites opératoires bonnes.

8 février. — La malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXIII

Epithéliome.

Mme V... Jeanne, pâtissière, 52 ans, entrée salle Boyer, lit n° 20, le 16 février 1893. Sortie le 30 mars.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans, toujours régulièrement jusqu'à 44 ans. A ce moment, les règles deviennent irrégulières et abondantes, entrecoupées de pertes blanches.

Notons que la malade a eu 7 enfants en 15 ans, que ses couches ont été bonnes, qu'elle s'est toujours bien portée.

En 1891, surviennent des pertes de caillots de sang faciles et abondantes.

La malade se traite par des injections au perchlorure de fer et se fait cautériser à plusieurs reprises. Les pertes cessent alors, puis reviennent, et la malade très affaiblie se présente à l'hôpital.

16 février 1893. — On pratique un curetage et l'on panse à l'iodoforme.

Opération. — Le 9 mars.

Hystérectomie vaginale.

La lèvre antérieure de l'utérus est complètement détruite, il faut remonter très haut dans la cavité utérine pour trouver un tissu sain où les pinces puissent tenir et provoquer une traction efficace.

On pratique une ligature comprenant la partie supérieure du ligament large et on applique huit pinces pour l'hémostase.

Aucune suite opératoire.

12 mars. — Ablation des pinces.

13 mars. — Ablation des tampons.

28 mars. — Sortie de la malade.

OBSERVATION XXIV

Epithéliome.

Mme D... Louise, 57 ans, lingère, entrée salle Bichat, lit n° 11, le 1^{er} février 1894. Sortie le 17 mars.

Antécédents personnels. — Régée à 14 ans. Règles régulières.

Mariée à 26 ans. Quelques semaines après le mariage, phénomènes de métrite aiguë obligeant la malade à garder le lit pendant six semaines. A la suite, rapports sexuels douloureux.

Pas d'enfants, ni de fausse couche.

Ménopause il y a 7 ans.

Début. — Il y a deux ans, par des pertes constantes et des douleurs intolérables dans le bas-ventre irradiant vers l'aîne.

Alors traitement médical.

Les pertes et les douleurs continuent.

Depuis trois mois, elles ont augmenté.

Entrée à l'hôpital où l'on dilate la cavité utérine et constate par le toucher vaginal la présence d'un épithéliome du corps utérin.

Opération. — Le 20 février.

Hystérectomie vaginale.

Etroitesse du vagin.

Cavité du col normal, ce n'est qu'après avoir dépassé l'isthme que l'on trouve les saillies de l'épithéliome. On applique six pinces.

Le 22. — Ablation des pinces. Etat satisfaisant.

Le 24. — Ablation des tampons.

Suites opératoires très simples.

Le 17 mars. — Sortie.

OBSERVATION XXV

Epithéliome.

Mme B... Mélanie, 42 ans, entrée le 11 octobre 1894, salle Bichat, lit n° 5. Sortie le 1^{er} décembre.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans, régulièrement.

Cinq grossesses, dont les trois premières ont abouti à un accouchement prématuré.

Début. — Il y a un an la malade est prise subitement le matin de frissons avec tendance à la syncope et fièvre, en même temps grande gêne à la miction et cependant pas de douleur abdominale.

La malade s'alite pendant quelques jours et ces accidents disparaissent.

A l'occasion de cet accès fébrile aigu un médecin pratique le toucher vaginal et l'examen au spéculum, il constate l'existence d'une affection utérine et prévoit la nécessité d'une opération.

C'est depuis cette époque que la malade accuse des pertes

légères d'un liquide rosé, sans odeur, dans l'intervalle des règles, qui d'ailleurs sont normales.

Opération. — Le 9 novembre.

Hystérectomie vaginale.

Après la section médiane, les annexes droites (trompe ovaire) se présentent dans le champ opératoire : on les résèque, à gauche la trompe seule se présente, on laisse l'ovaire.

Le 11 novembre. — Ablation des pinces sans incidents.

1^{er} décembre. — La malade quitte le service.

OBSERVATION XXVI

Epithéliome.

Mme S... Marie, 40 ans, lingère, entrée salle Bichat, lit n° 11, le 27 novembre 1894. Sortie le 13 janvier 1895.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans. Règles toujours régulières.

Quatre couches normales à deux ans d'intervalle.

L'avant dernière fut de sept mois.

La dernière grossesse fut accompagnée de malaises continuels.

Pertes blanches continuées depuis le mariage.

Début probable. — Il y a trois mois, par une ménorrhagie abondante de cinq jours, suivie de pertes blanches alternant avec des pertes de sang, augmentant par la fatigue et les rapports sexuels.

En même temps, douleur sourde dans les régions hypogastri-

ques et rénales. Cette douleur apparaît souvent la nuit sous forme d'élançements et de tiraillements.

Depuis un mois : amaigrissement, inappétence, constipation habituelle. Douleur intense à la fin de la miction, sensation de cuisson.

Etat actuel. — Au toucher on sent le col et le vagin garnis de végétations abondantes, friables, saignantes, à odeur caractéristique.

29 novembre. — Excision des végétations après anesthésie par l'éther.

Opération. — Le 10 décembre.

Hystérectomie vaginale sans incidents.

Application de cinq pinces.

13 décembre. — On retire les pinces.

14 décembre. — Ablation des tampons.

12 janvier 1895. — La malade quitte l'hôpital guérie. Elle n'éprouve plus aucune douleur, elle a bon appétit et son état général s'est sensiblement amélioré.

OBSERVATION XXVII

Epithéliome.

Mme L... Anna, 35 ans, entrée salle Bichat, lit n° 14, le 2 mai 1895. Sortie le 9 juin.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans, règles irrégulières.

Mariée à 21 ans. Un accouchement, depuis lors les règles sont devenues régulières.

Début. — Il y a un an, les règles qui, auparavant duraient huit jours et étaient peu abondantes, durèrent quatre jours mais furent très abondantes.

Depuis trois mois, en dehors des règles, la malade perd constamment des eaux rousses à odeur caractéristique. En même temps, tous les huit ou dix jours, pertes de sang légères accompagnées de douleurs dans le bas-ventre.

Le 5 mai. — On pratique un curettage.

Opération. — Le 9 mai.

Hystérectomie vaginale.

L'opération se fait normalement quoique l'utérus descende difficilement.

On applique huit pinces.

11 mai. — Ablation des pinces.

12 mai. — Ablation des tampons.

9 juin. — La malade sort bien portante.

OBSERVATION XXVIII

Epithéliome.

Mme C... Elvire, 29 ans, couturière, entrée salle Bichat, lit n° 4, le 2 mai 1895. Sortie le 16 juin.

Antécédents personnels. — Réglée à 11 ans 1/2. Bien réglée.

Mariée à 17 ans. Trois grossesses, deux accouchements à terme normaux et une fausse couche.

Début. — Vers la fin de janvier, la malade commence à avoir des pertes de sang.

Pertes de sang très claires, d'eau rosée, inodores, peu abondantes.

Douleurs légères et irrégulières dans les reins et le ventre.

Vers la fin du mois de mars les pertes sont les mêmes, mais prennent une odeur caractéristique.

Depuis quelque temps, amaigrissement.

Le 5 mai, on procède à un curetage.

Les pertes utérines prennent une coloration plus rouge, mais les douleurs rénales disparaissent.

Les jours suivants on pratique des tamponnements vaginaux.

Opération. — Le 16 mai.

Hystérectomie vaginale.

On constate l'envahissement du ligament large du côté droit par des noyaux épithéliomateux.

Quelques noyaux subsistent, après l'ablation utérine, en ce point. Application de sept pinces.

Le 18 mai. — Ablation des pinces, pas de suites opératoires, bon état général.

Le 16 juin. — La malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXIX

Epithéliome.

Mme G... Clémence, couturière, 48 ans, entrée salle Bichat, lit n° 1, le 12 août 1895. Sortie le 18 janvier 1896.

Antécédents personnels. — La malade a des pertes continuelles depuis dix-huit mois : ses règles durent quinze jours et les quinze jours suivants elle a des pertes blanches.

Elle signale l'existence de caillots dans ses pertes depuis quelque temps. Elle n'a d'ailleurs aucune douleur, ni aucune modification dans l'état général.

Examen. — Le toucher combiné au palper hypogastrique, démontre l'existence d'une tumeur de volume énorme, enclavée dans le petit bassin.

L'utérus est dur. Le col est déchiré, entr'ouvert.

1^{er} septembre. — On dilate l'utérus avec des laminaires.

10 septembre. — On pratique un curettage, les pertes cessent jusqu'au 25 septembre.

30 octobre. — On pratique un nouveau curettage, les pertes étant devenues abondantes, elles cessent alors et sont remplacées par des pertes blanches.

Opération. — Le 26 novembre.

On pratique l'hystérectomie vaginale.

Les pinces sont placées immédiatement en dehors de l'utérus. Les annexes sont respectées.

28 novembre. — Ablation des pincés.

Pas de complications.

Sortie le 18 janvier 1896.

OBSERVATION XXX

Epithéliome.

Mme F... Marianne, charbonnière, 55 ans, entrée salle Bichat, lit n° 3, le 16 novembre 1895. Sortie le 4 janvier 1896.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans, régulièrement.

Quatre enfants, bonnes couches, pas de fausses-couches, toujours bien portante, jamais de pertes.

Ménopause en 1893.

Depuis sept mois, la malade ressent une douleur très vive venant par accès, de cinq à dix heures de durée, à localisation nettement utérine.

Depuis quatre mois elle perd un liquide de couleur roussâtre, d'odeur assez fétide.

Examen. — Toucher : col fongueux, dilacéré, utérus gros, non douloureux.

Opération. — Le 3 décembre 1895.

Hystérectomie, on laisse cinq pincés.

5 décembre. — On essaye d'enlever les pincés, légère hémorrhagie, aussi les maintient-on.

7 décembre. — Ablation des pincés.

Aucune suite opératoire.

Sortie le 4 janvier 1896.

OBSERVATION XXXI

Epithéliome.

Mme X..., envoyée par le Dr Muray (Nièvre).

Cancer du col utérin.

Opérée le 15 décembre 1895, par M. Quénu.

Pas de suites opératoires.

Sortie guérie le 10 janvier 1896.

OBSERVATION XXXII

Fibrome.

Mme T... Ernestine, 43 ans, entrée salle Bichat, lit n° 4, le 28 novembre 1893. Sortie le 7 janvier 1894.

Antécédents personnels. — Réglée à 11 ans. Règles régulières, mais durant cinq à six jours et toujours très abondantes.

Mariée à 17 ans.

Une fausse couche de quatre mois.

Deux accouchements normaux.

A 22 ans, accouchement d'un enfant mort-né de huit mois. A la suite duquel la malade a une péritonite qui l'oblige à garder le lit pendant sept mois.

Début probable. — A 40 ans la malade ressent une pesanteur abdominale inaccoutumée ; en même temps les règles se prolongent pendant quinze jours (abondantes pendant trois jours) et se rapprochent de près d'une semaine, de telle sorte que la malade est presque toujours dans le sang.

A 43 ans la malade consulte, elle se plaint, outre ses douleurs abdominales et ses pertes de sang, d'œdème des membres inférieurs, d'essoufflement, de constipation opiniâtre.

Cependant l'auscultation cardiaque ne révèle rien d'anormal.

Eiat actuel. — Du côté gauche le palper bi-manuel permet d'apprécier au niveau du cul-de-sac latéral gauche une tumeur arrondie, ferme, lisse, du volume d'une tête de fœtus, que la main abdominale renvoie facilement à la main vaginale. La tumeur est mobile, cependant la malade ne lui imprime pas de mouvements spontanés.

Opération. — Le 11 décembre.

Hystérectomie vaginale. Pas d'incidents.

Poids de l'utérus fibromateux, 750 grammes.

Le 13. — On enlève une partie des pinces et des tampons.

Etat général et local très satisfaisant.

Le 14. — Ablation des autres pinces.

On signale les jours suivants quelques phénomènes d'intoxication mercurielle avec troubles digestifs dont la malade souffrait déjà depuis longtemps.

Néanmoins aucune suite opératoire et la malade sort complètement guérie le 7 janvier 1894.

Les fonctions digestives sont plus régulières qu'avant l'opération.

OBSERVATION XXXIII

Fibrome.

Mme L... Louise, 33 ans, domestique, entrée salle Bichat, lit n° 13, le 29 septembre 1894, sortie le 8 décembre.

Antécédents personnels. — Régée à 12 ans.

A 15 ans 1/2, accouchement normal. Enfant vivant.

Pas d'accidents consécutifs.

Santé restée bonne jusqu'à ces derniers temps.

Début probable. — Il y a quatre ans, au moment des règles, perte abondante de sang contenant des caillots volumineux, non accompagnée de douleur.

Depuis lors ces hémorrhagies sans douleurs ont persisté irrégulièrement sans répondre aux époques menstruelles.

En mars dernier, pertes plus abondantes, la malade anémiée est traitée à l'hôpital de Bordeaux. On diagnostique un fibrome utérin et l'on pratique par laparotomie l'ablation des annexes.

A la suite de cette intervention les hémorrhagies cessent et les règles reviennent normalement.

La malade quitte l'hôpital de Bordeaux après un séjour de quatre mois.

Huit jours après sa sortie en juillet dernier l'hémorrhagie revient avec les caractères précédents, subitement et sans douleur.

Les pertes durent encore à l'heure actuelle.

La malade présente une coloration pâle et cireuse des téguments, les muqueuses sont décolorées. Cependant pas d'amaigrissement notable et appétit conservé.

Examen. — Toucher vaginal : col gros, fendu transversalement, non ulcéré, l'utérus est en antéversion et légèrement dévié à droite.

La cavité utérine mesure 10 centimètres 1/2.

L'hémorrhagie cesse après dix jours de repos.

On traite et fortifie la malade par les toniques.

Opération. — Le 25 octobre.

Hystérectomie vaginale.

Utérus adhérent en avant et morcelé dans sa partie antérieure.

Il est fibromateux.

L'ablation se fait assez facilement.

On applique neuf pinces.

27 octobre. — Ablation des pinces.

Suites opératoires bonnes.

La malade se rétablit et sort en décembre.

OBSERVATION XXXIV

Fibrome.

Mme C... Adèle, 42 ans, concierge, entrée à l'hôpital Bichat, n° 5, le 17 décembre 1894, sortie le 23 février 1895.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans, toujours régulièrement jusqu'à ces temps derniers.

Deux accouchements normaux il y a 13 et 15 ans sans suites, pas de fausse couche.

Début probable. — Il y a un an environ, les règles, jusque-là normales, deviennent plus abondantes (huit à dix jours). A leur suite, pertes blanches. Ces ménorrhagies augmentent peu à peu et durent actuellement 15 jours.

Depuis dix mois, en outre, elles s'accompagnent de douleurs à la région épigastrique cessant par le repos au lit.

En octobre dernier, ménorrhagie plus abondante, sang en partie rejeté sous forme de caillots, douleurs plus vives, coliques expulsives, envies fréquentes d'uriner dans la station verticale et constipation.

La malade garde le lit pendant six semaines.

Actuellement ces symptômes persistent encore.

Au toucher vaginal on dénote une tumeur dure, indolore, dans le cul-de-sac postérieur.

Opération. — Le 21 janvier.

Hystérectomie vaginale.

Utérus fibromateux du volume de deux poings

23 janvier. — Ablation des pincés.

24 et 25 janvier. — Ablation des tampons.

Bonnes suites opératoires.

Sortie à la fin de février.

OBSERVATION XXXV

Fibrome.

Mme A... Anaïs, 38 ans, institutrice, entrée salle Bichat, lit n° 10, le 10 janvier 1895, sortie le 16 mars.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans 1/2. Toujours bien réglée. Mariée à 17 ans, deux grossesses il y a 20 ans. Pas de fausse couche.

Début. — Depuis environ 4 ans, la malade éprouve pendant la durée des règles, des douleurs lancinantes, parfois sous forme de crises, localisées aux régions inguinales et lombaires.

De plus les règles reviennent toutes les trois semaines, durant huit jours et sont très abondantes à leur début. Elles s'accompagnent de malaises, de vomissements biliaires.

Pas de pertes dans l'intervalle des menstrues.

Traitement par les injections de sublimé.

Curettage en avril 1894.

Les règles deviennent plus régulières, moins abondantes, non douloureuses.

Au bout de trois mois, l'état de la malade redevient ce qu'il était avant l'opération.

Les douleurs surviennent même en dehors des menstrues.

La malade entre de nouveau à l'hôpital.

Examen. — Toucher. Exploration indolore.

Utérus en antéversion et latéroversion droite.

Angle supérieur utérin droit occupé par une masse dure de consistance fibreuse, faisant corps avec l'utérus.

A gauche rien.

Annexes normales.

Cavité utérine, dix centimètres.

On note de la métrite catarrhale.

Opération. — Le 4 février.

Hystérectomie vaginale sur un utérus fibromateux.

Pas d'incident.

Application de sept pinces.

6 février. — On retire les pinces. Etat général satisfaisant.

7 février. — Ablation des tampons.

11 février. — Hémorrhagie assez abondante coïncidant avec l'époque des règles.

Tamponnement du vagin.

Pas de suites.

La malade sort guérie au milieu du mois de mars.

OBSERVATION XXXVI

Fibrome.

Mme P... Augustine, 40 ans, couturière, entrée salle Bichat, n° 14, le 2 mars 1895 et sortie le 7 mai.

Antécédents personnels. — Régée à 12 ans. Bien réglée. Pas de leucorrhée.

Six enfants, deux fausses couches.

A la suite du deuxième accouchement : péritonite et pendant 18 mois, pertes de sang continuelles et abondantes.

Pendant deux à trois ans, la malade va assez bien.

Début probable. — Il y a 16 ans par des pertes qui n'ont pas cessé jusqu'à ce jour.

Pertes de sang accompagnées de gros caillots dont l'expulsion provoque des douleurs.

Arrêts de quelques jours, pertes blanches à ces moments-là.

Douleurs de ventre en forme d'arrachement de tiraillement continuelles et augmentant avec les pertes.

Traitement médical sans résultat.

Curettage en février 1894.

Trois mois après les pertes reviennent, plus abondantes et plus douloureuses en décembre et janvier dernier.

Etat de faiblesse extrême en février, léger arrêt des pertes, la malade en profite pour se faire opérer.

Examen. — Utérus en antéflexion. Cathétérisme impossible.

Toucher. — Dans le cul-de-sac antérieur, on sent un utérus fibromateux, dur, bosselé, douloureux.

Opération. — Le 28 mars.

Hystérectomie vaginale.

Utérus fibromateux : au fond de la cavité utérine on trouve un polype fibreux de la grosseur d'un œuf de pigeon.

On applique cinq pinces sur les deux ligaments.

Les 30 et 31. — Ablation des pinces.

Pas de suites opératoires.

Sortie dans les premiers jours de mai.

OBSERVATION XXXVII

Fibrome.

Mme L..., 44 ans, couturière à la machine, entrée salle Bi chat, lit n° 13, le 9 mars 1895, sortie le 19 mai.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans. Toujours bien réglée. Mais toujours leucorrhée.

Premier accouchement à 20 ans.

Depuis lors : prolapsus utérin.

Néanmoins la malade a encore cinq accouchements.

Début. — Depuis trois ans les règles sont devenues plus abondantes.

Depuis cette époque la malade porte un pessaire, mais depuis lors aussi elle souffre du ventre au moindre effort qu'elle fait, à la moindre fatigue qu'elle subit.

L'utérus descend parfois au niveau de la vulve.

Examen. — On trouve un prolapsus général du rectum, de la vessie, du vagin et de l'utérus.

La cavité utérine mesure 9 centimètres.

Toucher vaginal. — Col porté en avant et en haut, largement ouvert avec deux lèvres volumineuses.

On dénote dans le cul-de-sac postérieur une masse volumineuse, irrégulière, peu douloureuse à la pression, ne semblant pas faire corps avec l'utérus.

Opération. — Le 25 avril.

On fait l'hystérectomie vaginale.

On trouve un utérus fibromateux en prolapsus.

Application de cinq pinces.

Pas de suites opératoires à noter.

La malade quitte le service guérie le 19 mai.

OBSERVATION XXXVIII

Fibrome.

Mme P... Pauline, 48 ans, concierge, entrée salle Bichat, lit n° 8, le 10 mai 1895, sortie le 30 juin.

Antécédents personnels. — Réglée à 11 ans et demi. Bien réglée.

Mariée à 17 ans. Deux enfants. Bonnes couches. Le dernier il y a 18 ans. Pas de fausse couche.

Début probable. — Il y a 7 ans la malade a des pertes abondantes au moment de ses règles, durant huit jours. Depuis lors ces pertes continuent formées de sang clair au début puis de caillots.

Depuis trois mois légère amélioration.

Cependant amaigrissement et affaiblissement.

Elat actuel. — Malade pâle, anémiée, teint jaune et décoloré.

Examen. — *Palper.* Tumeur médiane remontant presque jusqu'à l'ombilic.

Toucher. — Utérus abaissé, volumineux, col porté en arrière, en avant du col et à gauche on sent une masse mobile qui monte sur la ligne médiane jusqu'à l'ombilic.

On ne note pas de signes de compression vésicale ni rectale.

21 mai. — Règles abondantes.

Tamponnement vaginal.

Opération. — Le 4 juin.

Hystérectomie vaginale.

Hémisection antérieure. On sort des parois de l'utérus une douzaine de corps fibreux de la grosseur d'un œuf de pigeon et deux fibromes de la grosseur d'un œuf de poule.

Application de 11 pinces.

Bonnes suites opératoires.

6 juin. — Ablation des pinces.

9 juin. — Des tampons.

Sortie à la fin du mois.

OBSERVATION XXXIX

Fibrome.

Mme J... Augustine, 40 ans, commerçante, entrée salle Bichat lit n° 8, le 11 juin 1895, sortie le 1^{er} août.

Antécédents personnels. — Régée à 13 ans. Toujours bien réglée jusqu'au début de la maladie.

Mariée à 20 ans. Deux accouchements normaux et sans suite il y a 18 ans. Pas de fausse couche.

Notons que la malade dit avoir depuis sa puberté des douleurs de ventre localisées aux régions lombaires et ombilicales.

Début probable. — Il y a deux ans par une métrorrhagie abondante (avec caillots sanguins), survenue huit jours après les menstrues.

Depuis lors les règles sont abondantes, durent huit jours. Toutefois pas de pertes dans leur intervalle.

Il y a un mois, nouvelle métrorrhagie survenue deux jours après les règles, attribuée à une chute dans un escalier. Depuis ce jour la malade garde le lit, perdant du sang liquide et en caillots et ayant de fortes douleurs de ventre.

Les pertes s'arrêtent après trois jours de séjour hospitalier.

Examen. — *Toucher vaginal.* — On trouve un utérus volumineux en antéflexion.

Opération. — Le 6 juillet.

Hystérectomie vaginale.

Gros utérus fibreux enlevé après énucléation des fibromes multiples.

8 juillet. — Ablation des pincés, bonnes suites opératoires.

10 juillet. — Ablation des tampons.

A la fin du mois la malade peut sortir.

OBSERVATION XL

Fibrome.

Mme L... Clémentine, 49 ans, cordonnière, entrée salle Bichat, lit n° 5, le 17 octobre 1895, sortie le 22 décembre,

Antécédents personnels. — Réglée à 11 ans. Bien réglée.

Actuellement les menstrues sont en avance.

Début probable. — Il y a 10 ans par des pertes de sang, accompagnées de douleurs dans le ventre et de vomissements.

Les pertes ont cessé depuis trois ans.

Mais la malade a encore actuellement des douleurs de ventre qui s'exagèrent par la fatigue.

Examen. — A la palpation l'utérus ne paraît pas augmenté de volume dans son ensemble, mais il est très élevé et remonte jusqu'à moitié de la distance qui sépare l'ombilic du pubis. On y sent sur ce parcours des masses lobulées et dures.

Toucher. — Le col est très dur et bourré de nodosités.

On imprime aux fibromes sous-péritonéaux des mouvements se transmettant au col.

Opération. — Le 21 novembre.

Hystérectomie vaginale.

Extirpation des fibromes.

Pas d'incidents.

Application de six pinces.

Suites opératoires bonnes.

La malade sort guérie un mois après.

OBSERVATION XLI

Fibrome.

Mme L... Augustine, 45 ans, journalière, entrée salle Bichat, t n° 11, le 7 novembre 1895, sortie le 8 janvier 1896.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans, règles régulières, abondantes, d'une durée de huit jours.

Trois fausses couches. Trois enfants. Dernier accouchement il y a 16 ans.

Début. — Il y a un an, la malade a le soir de l'œdème des jambes.

Depuis avril 1895, règles toutes les trois semaines, chaque fois plus abondantes, durant jusqu'à dix jours, présentant des caillots ; dans l'intervalle des règles, pertes rouges avec caillots et pertes blanches.

Le ventre paraît grossir depuis le mois de septembre.

Etat actuel. — Depuis son entrée la malade a eu des règles qui ont duré dix jours suivies de pertes rouges qui cessent rapidement et de pertes blanches.

Toucher. — Tumeur remontant très haut, le fond de l'utérus atteint trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur est arrondie, dure, très mobile dans tous les sens, multi lobulée, elle plonge dans l'excavation.

Opération. — Le 2 décembre 1895.

Hystérectomie vaginale. Application de sept pinces.

Poids total de l'utérus fibromateux : 640 grammes.

Le 4 décembre. — Ablation des pinces.

Aucune suite opératoire.

Sortie le 8 janvier 1896.

OBSERVATION XLII.

Fibrome.

Mme M... Marie, 33 ans, couturière. Entrée salle Bichat, lit n° 9, le 9 décembre 1895. Sortie le 27 janvier 1896.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans. Règles toujours régulières, peu abondantes, mais douloureuses. Jamais de leucorrhée.

Il y a 18 ans, couche normale. Un an après environ, une perte de sang abondante pendant une semaine.

Pendant 15 ans, aucuns symptômes génitaux, mais les douleurs au moment des règles augmentent peu à peu d'intensité.

Début probable. — Depuis 3 ans, les douleurs de ventre sont presque continues, intolérables au moment des règles. L'état général s'en ressent, la malade s'affaiblit, a des syncopes, des vomissements bilieux, des vertiges.

Examen. — Toucher. — Corps utérin porté en arrière.

Col porté en avant et un peu à gauche, il est normal, mobile à droite, ses mouvements occasionnent de vives douleurs.

Annexes droites normales.

A gauche : petite masse dure située très en arrière, mobilisable et sentie par la main abdominale, très douloureuse à la pression.

Opération. — Le 27 décembre.

Hystérectomie vaginale.

La masse fibromateuse est extirpée sans difficulté.

29 décembre. — Ablation des pinces.

1^{er} janvier. — Ablation des tampons.

Bonnes suites opératoires.

La malade sort du service un mois après l'opération.

OBSERVATION XLIII

Fibrome.

Mme R... Mélanie, 42 ans, entrée salle Bichat, lit n° 5, le 8 janvier 1896. Sortie le 10 février.

Antécédents personnels. — Réglée à 10 ans 1/2.

A 17 ans, interruption pendant deux ans. Hémoptysies. Anémie extrême.

Deux fluxions de poitrine. Fissure à l'anus.

Deux couches normales jusqu'en 1881, la première suivie d'une légère péritonite. Les deux enfants sont morts de méningite. De 1886 à 1887, trois fausses couches.

Début. — La malade bien réglée jusqu'en 1885, commence alors à avoir des pertes parfois très abondantes durant jusqu'à deux mois de suite.

Tout d'abord les pertes reviennent deux ou trois fois par an seulement.

Mais depuis 1892, elles sont plus fréquentes et plus prolongées.

De juin à octobre 1895, elles sont presque ininterrompues.

Depuis octobre, les règles sont redevenues assez régulières,

cependant la malade atteinte par une anémie extrême a quitté son travail.

Les pertes sont parfois en caillots, le plus souvent le sang est rouge vermeil.

Les douleurs sont rares et peu vives.

Le ventre semble avoir augmenté de volume depuis février 1893. L'accroissement assez rapide a marché très vite en 1894.

Etat actuel. — Le ventre est assez souple.

Au toucher, le col est très petit, l'orifice resserré, l'utérus et le col, fortement bridés, sont attirés très haut et profondément.

Opération. — Le 16 janvier.

Hystérectomie vaginale avec ablation des annexes.

Application de dix pinces sans incident.

19 janvier. — En enlevant les pinces, on détermine une légère hémorrhagie que l'on tarit par la réapplication de quatre pinces.

21 janvier. — Ablation des pinces.

27 janvier. — Ablation des tampons.

Pas de suites opératoires.

Le 10 février. — La malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XLIV

Fibrome.

Mme C... Caroline, 50 ans, journalière, entrée salle Bichat, lit n° 6, le 4 février 1896, sortie le 15 mars.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans, règles régulières, non douloureuses, durant trois à quatre jours.

Un accouchement normal il y a 21 ans.

Début. — Il y a 2 ans 1/2, par quelques douleurs de ventre surtout prononcées à gauche, un peu de douleurs de reins, quelques envies fréquentes d'uriner et de la constipation.

La malade remarque une grosseur dans le ventre, qui augmente peu à peu. Cependant les règles sont toujours régulières, un peu plus abondantes toutefois.

Etat actuel. — A la vue, le ventre est développé surtout du côté droit où l'on voit une tuméfaction remontant de la fosse iliaque jusqu'à l'ombilic.

Au palper : à droite de la ligne médiane, masse très dure remontant depuis le détroit supérieur par la fosse iliaque droite jusqu'à l'ombilic, cette masse est irrégulière composée de petites tumeurs de la grosseur d'un œuf de poule. A gauche, tumeur plus petite, de même caractère, débordant le détroit supérieur.

Au toucher. Peu douloureux. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent une tumeur mamelonnée, dure, qui se continue avec la masse que l'on perçoit dans la fosse iliaque gauche. A droite : tumeur de même caractère, les deux se continuent au devant du col.

Opération. — Le 13 février.

Hystérectomie vaginale.

Quelques difficultés sont produites par la friabilité du muscle utérin. Cependant la charpente utérine peut être conservée et les fibromes sont énucléés au fur et à mesure que se fait la section médiane.

On enlève ainsi trois gros fibromes, deux de la grosseur du poing, un de la grosseur d'une tête de fœtus.

L'hémostase se fait facilement.

On applique 13 pinces.

Le 16. — Ablation des pinces.

Pas de suites opératoires.

Sortie le 15 mars.

OBSERVATION XLV

Fibrome

Mme X..., 50 ans.

Fibrome remontant jusqu'à l'ombilic sans signes de compression vésicale, sans hémorrhagies.

Opérée rue Oudinot le 11 décembre 1895 par M. Quénu.

Suites opératoires simples.

Sortie trois semaines après l'opération.

CONCLUSIONS

I. — L'hystérectomie vaginale, pratiquée autrefois couramment et sans règles pour les seuls utérus cancéreux, doit être préférée depuis les perfectionnements de Péan, Richelot, Doyen, Quénu, à toute autre méthode d'ablation utérine, toutes les fois qu'elle peut être employée, puisqu'elle évite l'ouverture large du péritoine, qu'elle est moins délicate que l'hystérectomie abdominale, qu'elle a des règles précises et qu'elle tend de plus en plus à se perfectionner.

II. — L'hystérectomie vaginale est pratiquée pour des lésions totalement différentes, soit de l'utérus, soit des annexes.

Tantôt elle n'est que l'opération préliminaire destinée à ouvrir une large voie à des poches suppurées et mieux encore à l'extirpation de ces poches et des annexes malades.

Tantôt, s'adressant à des néoplasmes ou à des lésions invétérées de l'utérus, elle a pour unique but l'extirpation de l'utérus dégénéré.

Tantôt enfin elle n'est qu'un complément ajouté à la

restauration de l'appareil de soutien du périnée, du vagin, etc., qui ferme en bas la cavité abdominale.

De là des modifications nécessaires, si bien que son manuel opératoire, toujours le même dans ses grandes lignes, doit se modifier dans ses détails pour s'adapter à des cas particuliers.

III. — Pour les salpingites, le procédé qui nous a paru faciliter le plus l'extirpation de l'utérus et des annexes est la section médiane telle que la pratique M. Quénu, elle permet d'extérioriser et d'atteindre facilement ces annexes dans leur totalité.

IV. — Pour les fibromes, on doit préconiser l'hémisection de Doyen qui facilite l'énucléation des noyaux fibreux sur la charpente conservée et largement étalée de l'utérus, comme la pratique M. Quénu.

V. — Pour les métrites et les cancers, la méthode est la même que celle employée pour les salpingites. Dans les métrites toutefois, l'utérus peut être serré de près par le pincement des ligaments s'il n'y a pas de lésions annexielles ; dans les cancers au contraire, les pinces doivent être éloignées du muscle, en particulier celle qui est appliquée au niveau du col.

VI. — Pour les prolapsus, après avoir enlevé avec facilité l'utérus, il faut encore, pour exécuter une opération complète, refaire l'appareil de soutènement du bassin et pour cela employer le procédé de M. Quénu, par lequel

on forme une sangle périnéale en utilisant les moignons des ligaments larges sectionnés.

VII. — L'hémostase, dans tous les cas où elle est pratiquée au moyen de pinces, doit toujours être faite « dernière ». Elle doit en outre être exécutée par étages et en allant du bord supérieur du ligament large au bord inférieur.

Vu par le président de la thèse,

TERRIER.

Vu : le doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

BAUDRON. — L'opération de Péan. Thèse.

DOYEN. — Extrait des archives provinciales de chirurgie,
1^{er} déc. 1892.

— Congrès chirurgie, 1893.

MALAPERT. — Du manuel opératoire de l'hystérectomie vagi-
nale. Thèse.

RICHELOT. — Manuel opératoire de l'hystérectomie vagi-
nale.

— Union médicale 1886-91. Congrès chirurgie, 1888.

— Congrès Bruxelles, 1891. Société chirurgie, 1885.

QUÉNU. — Presse médicale, 6 juillet 1895.

— Semaine gynécologique, 10 et 17 mars 1896.

— Communic. soc. chir., 28 déc. 1893.

— Bulletin, soc. chir., 1891 et 1892.

— Annales gynécol., mai 1892.

PICHEVIN. — Journal médecine, Paris, 5, 19, 26 janvier
1896.

MULLER. — Centralblatt. fur gyn., 1882.

SEGOND. — Société chirurgie, 1891-92-93.

— Congrès Bruxelles, 1892.

SECHEYRON. — Hystérectomie, hystérotomie, thèse, 1889.

POZZI. — Traité de gynécologie.

PÉAN. — Gazette des hôpitaux, 1886.

— Académie médecine, juillet 1890.

— Congrès Berlin, 1891.

RÉCAMIER. — Archives médecine, 1829.

MARTIN. — Traité des maladies des femmes, 1889.

